

UNIVERSAL
LIBRARY

OU_224488

UNIVERSAL
LIBRARY

یہ کتاب مسز ایڈورڈ آر نولڈ اینڈ کمپنی کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی۔

فہرست مضامین

صفحہ

باب

جزو اول - حمل

۱	تبویض - حیض - باروری (تخصیب، انصاب)	۱
۳۶	پورے وقت کا مشیمہ	۲
۵۲	جنین کی بالیدگی اور عمومی نمو	۳
۶۳	فعلیاتی تغیرات جو کہ حمل کی وجہ سے واقع ہوتے ہیں	۴
۸۷	حمل کی مدت	۵
۹۶	تشخیص حمل	۶
۱۱۶	قبل الولاد فی اصول صحت	۷
۱۲۶	حمل کے تسمات الدم	۸
۱۳۶	البریمن بولیت اور حمل	۹
۱۴۳	حمل کے تسمات الدم (بلسلہ مابق)	۱۰
۱۷۲	حمل کے تسمات الدم (بلسلہ مابق)	۱۱
۱۸۹	حمل کے تسمات الدم (بلسلہ مابق)	۱۲
۱۹۷	حامل رحم کی غیر وضعیتیں	۱۳
۲۰۹	اسقاط حمل	۱۴
۲۳۲	جنین کا ذب کا حمل	۱۵



حمل کے سینٹیسویں ہفتہ پر ایک چپ قذالی مقدمی طریق کی سایہ نگاشت
(از ڈاکٹر برٹرام شائرز)

بسم اللہ الرحمن الرحیم

TEN TEACHERS'
MIDWIFERY

علم الولادات
جزو اول حمل
باب اول

اوولیشن (ovulation = تبویض) منسٹرویشن (menstruation = حیض)

فرٹلائزیشن (fertilization = باروری، تخصیب، انحصاب)

اووری (ovary = مبيض) کے گرافین فالیکلز (Graafian follicles = گرافینی اجڑے) کے پختہ ہو کر پھٹنے، اور اووا (ova = بیضوں) کے آزاد ہو کر کہنفسر باریطیون (peritoneal cavity) میں آنے کا عمل اوولیشن (ovulation = تبویض) کہلاتا ہے۔
حیض کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ رحم سے خون و مخاط کا نوبتی اخراج ہے،

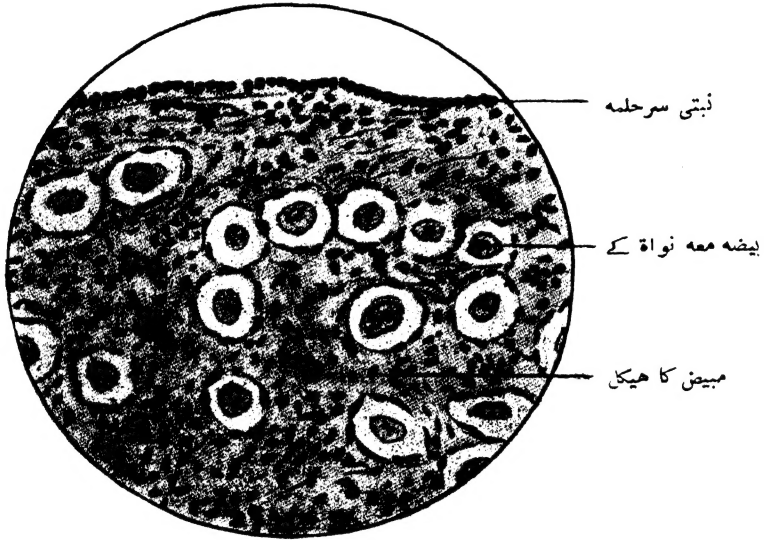
جو کہ بلوغت کے آغاز کے اور مینوپاز (menopause = سن یاس) کے درمیانی سالوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ امر کہ اوولیشن (تبویض) اور حیض کے درمیان کیا رشتہ ہے اب صاف صاف معلوم ہو گیا ہے، اور یہ بالکل یقینی معلوم ہوتا ہے کہ حیض دراصل اوولیشن (تبویض) ہی پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ واضح ہے کہ خواہ حیض نہ بھی ہو تو بھی اوولیشن (تبویض) واقع ہو سکتی ہے۔ یہ اسٹریکٹیشن (lactation = زمانہ رضاعت) میں بہت کثرت سے دیکھا جاتا ہے، چنانچہ لیکٹیشن (زمانہ رضاعت) میں حالانکہ حیض نہیں ہوتا تاہم حمل واقع ہو سکتا ہے۔ حیضی دور میں اوولیشن (تبویض) واقع ہونے کا وقت، اب باور کیا جاتا ہے کہ یہ آخری حیضی ایام کے پہلے دن کے بعد چودھویں سے لیکر سترہویں دن تک ہوتا ہے، یعنی تقریباً حیضی دور کے درمیانی زمانہ میں۔ اوولیشن کے بعد بعض واقعات ظہور پذیر ہوتے ہیں، یعنی کارپس لوتیم (carpus luteum = جسم اصغر) کی تشکیل، اور یہ معلوم ہے کہ وہ حیض پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ چنانچہ کارپس لوتیم (جسم اصغر) ان تغیرات کو تحریک میں لاتا ہے جو حیض سے قبل اینڈومیٹریئم (endometrium = درون رحمہ) میں واقع ہوتے ہیں۔ اس طرح کارپس لوتیم (جسم اصغر) کا تہمتہ، حیضی بہاؤ کا آغاز کرتا ہے، جس کے بعد بیز شدہ درون رحمہ (منظر وال ڈسٹوا menstrual decidua) = حیضی ریزینہ یا سوڈوپرگننسی (pseudopregnancy = کاذب حمل) کا ایک معتدبہ جملہ لگ ہو جاتا ہے۔ اس کے برخلاف اگر حمل واقع ہو جائے، تو کارپس لوتیم (جسم اصغر) باقی رہتا ہے اور بارور شدہ بیضہ کی تفریش اور پرورش میں ایک اہم حصہ لیتا ہے۔

کارپس لوتیم (جسم اصغر) اور گرافین فائیکلز (گرافائی اجزہ) کی جو فعالیتیں اوپر مذکور ہوئی ہیں، اب یہ معلوم ہے کہ ان کو بعض مادے عمل میں لاتے ہیں جو کہ پشوٹری گلیکسنڈ (pituitary gland = غدہ نخامیہ) کے مقدی لختہ میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک مادہ گرافائی فائیکل (گرافائی جراب) کو تحریک پہنچاتا ہے، جس سے گرافین فائیکل (گرافائی جراب) پختہ ہو جاتا اور پھیلتا جاتا ہے (اوولیشن = تبویض)۔ دوسرا مادہ [یعنی پارکس (Parkes) کا ٹوئن آف مادیہ] اوولیشن (تبویض) کے بعد کارپس لوتیم (جسم اصغر) کی تشکیل عمل میں لاتا ہے۔ علاوہ ازیں مذکورہ بالا مادے (اووری (بیض) میں بھی ہیجان پیدا کرتے ہیں، چنانچہ اووری (بیض) ایک اندرونی افراز پیدا کرتی ہے، جو معین اعضا یعنی رحم اور مہبل پر اثر رکھتا ہے۔ اگر اووریز (بیض) موجود نہ ہوں تو اینٹیریشوٹری (anterior pituitary)

= مقدمی نخامی) مادے، معین اعضا پر کچھ اثر پیدا نہیں کرتے۔

اوولیشن (ovulation = تبویض)

جو تغیرات گرافین فالیکلز (Graafian follicles = گرافائی اجربہ) کے پختہ ہونے



تصویر ۱ - ایک شیرخوار بچہ کی اووری (میض) کے قشرہ کی تراش جس میں پرائمر ڈیل اووم (primordial ovum = اولی میض) دکھائے گئے ہیں۔

اور انشتاق کا باعث ہوتے ہیں، وہ انسانی اووری (ovary = میض) کی سلسلہ وار خود بینی تراشوں میں مشاہدہ کئے جاسکتے ہیں۔ یہ تغیرات اطفال کی اووری (میض) میں بہترین نظر آتے ہیں کیونکہ پختہ ہونے کا عمل تمام عمروں میں واقع ہوتا ہے، گوکہ انشتاق کا عمل، شاذ مستثنیات سے قطع نظر، صرف بلوغت کے بعد ہی واقع ہوتا ہے۔ گرافین فالیکلز (گرافائی اجربہ) ایک

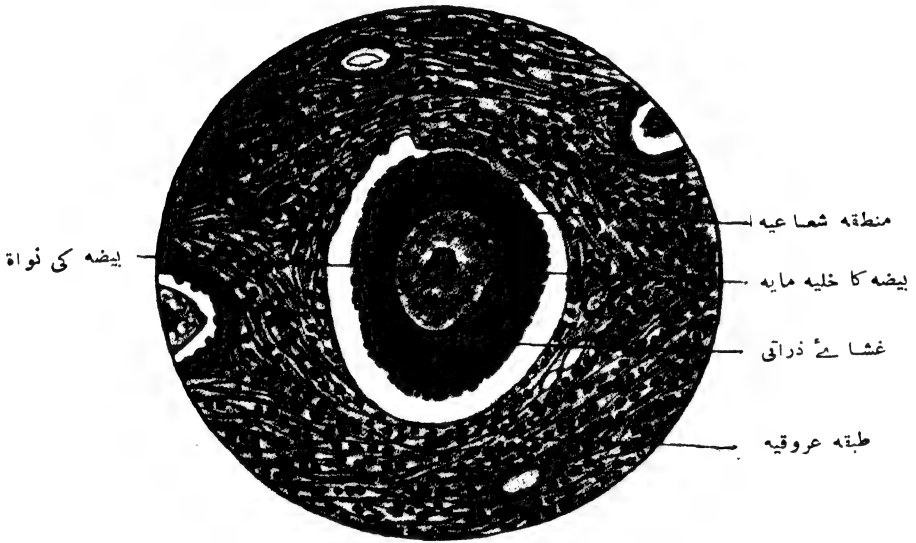
تھیر خوار کی چھوٹی سی اووری (بیض) میں بہت زیادہ پاس پاس واقع ہوتے ہیں، لہذا ان میں جو فالیکلز (اجربہ) بچنگی اور تکمیل کے مختلف مراحل میں پائے جاتے ہیں، تھوڑی سی تراشوں میں ان کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، حالانکہ بلوغت یافتہ اووری (بیض) میں اس کے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ باینہہ اہم تغیرات جو ہوتے ہیں، بالکل وہی ہوتے ہیں جو کہ ایک بلوغت یافتہ اووری (بیض) میں پائے جاتے ہیں۔ جو گرافین فالیکلز (گرافین اجربہ) خرد ترین ہوتے ہیں، وہ اووری (بیض) کی سطح سے قریب واقع ہوتے ہیں۔ یہ ایک بڑے کروی خلیہ، نواۃ اور نویت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ خلیہ چھپے خلیوں کی واحدت سے بگڑا ہوتا ہے جو اس کا کیس بناتے ہیں۔ یہ بڑا خلیہ پرانی مورڈل اووم (primordial ovum - اولی بیض) ہے، اور چھپے خلیے، پختہ جراب کے ممبرینا گرنولوزا (membrana granulosa = غشاء ذراتی) کے پیش رو ہیں۔ یہ اووم (بیض)، نو عمر ایمبریو (embryo = مضغہ) کے جرمینل رج (germinal ridge = بنتی حید) کے نہایت ہی ابتدائی مرحلے میں پایا جاتا ہے اور نام نہاد جرمینل ایپی تھیلیئم (germinal epithelium = بنتی سرملہ) کا ایک تخصیص یافتہ خلیہ ہے۔

اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ چھپے خلیے جن سے کہ کیس بنتا ہے، جرمینل ایپی تھیلیئم (germinal epithelium = بنتی سرملہ) سے بنتے ہیں، جیسا کہ والدیر (Waldeyer) کا ابتدائی تخمینہ تھا۔ کیپسول سیلز (capsule cells = کیسی خلیوں) کے باہر اوویرین سٹروما (ovarian stroma = بیضی ہیکل) متفرق شدہ نہیں ہوتا اور اس میں وہ خاص تو میل بافتی تغیرات نظر نہیں آتے، جیسے کہ بعد میں رونما ہوتے ہیں۔ پختگی کا عمل حسب ذیل امور پر مشتمل ہوتا ہے۔

۱۔ اووم (بیض) کا بڑا ہونا۔
۲۔ کیپسول سیلز (capsule cells = کیسی خلیے) کا تکتاڑ اور ممبرینا گرنولوزا (membrana granulosa = غشاء ذراتی) کا بننا۔

۳۔ گرد و پیش کے سٹروما (ہیکل) کا متفرق ہونا اور تو میل بافتی غلاف کا بننا۔
اولیں تغیر جو واقع ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ کیپسول سیلز (capsule cells = کیسی خلیوں) کی تعداد میں اضافہ ہوتا ہے۔ یہ خلیات تشعشی طور پر دراز ہو کر گرافین فالیکلز (گرافین اجربہ)

کا استر بناتے ہیں، جو کہ مکتبہ سرحد سے بہت کچھ مشابہ ہوتا ہے۔ یہ پہلے اکہری ہوتی ہے، جب ٹکا ٹر ہوتا ہے تو جلد دو تہیں بن جاتی ہیں اور پھر بیضہ کے چاروں طرف بہت سی تہیں بن جاتی ہیں جو کہ میمبر بنا گزرتی ہیں (غشاء ذراتی) بناتی ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ اووم (بیضہ) بڑھتے بڑھتے ایک بیرونی غلاف معروف بہ ٹروناریڈیٹا (zona radiata = منطقه شعاعی) حاصل کر لیتا ہے، جو غالباً گزرتی ہوئی سیلز (ذراتی خلیہ) کا انفرز ہوتا ہے۔ اس نام کی بنا

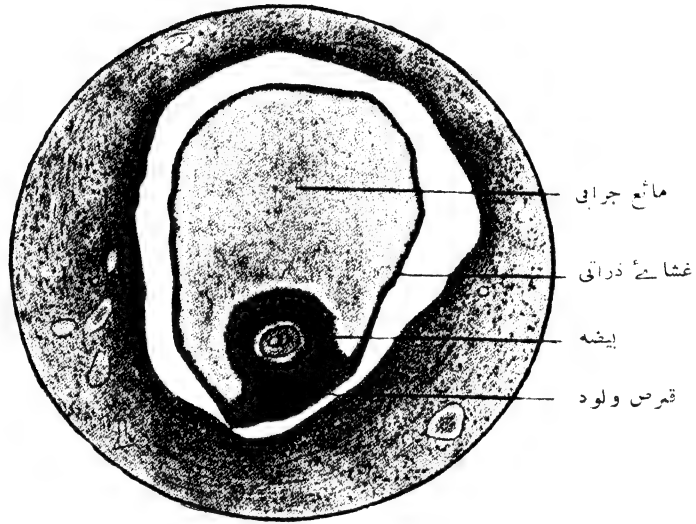


تصویر ۲ - شیرخوار بچہ کی اووری (بیض) کی تراش جس میں ایک پختہ ہونے والا فالیکل (جراب) دکھایا گیا ہے۔

باریک تشعشی لکیریں ہیں جو اس تہ میں باسانی نظر آتی ہیں۔

اب غشاء ذراتی کے خلائیہ کے درمیان سیال جمع ہونا شروع ہوتا ہے۔ پہلے قطرات جمع ہوتے ہیں، جو بتدریج مل جاتے ہیں اور ایک بڑا کہف بن جاتا ہے جس میں لائکوفاکولائی (liquor folliculi = مائع جرابی) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کہف خارج المرکز ہوتا ہے اور اس کے سیال کی مقدار بہ سرعت بڑھتی ہے اور گرافین فالیکل (گریفائی جراب) کو اس کی

پوری قامت بخشی ہے۔ پرائمر ڈیل اووم (اولی بیضہ) اور اس کا کیسہ اتنا بڑا نہیں ہوتا جتنا کہ مکمل نمو یافتہ اووم (بیضہ) (۲۰۰ ملر) ہوتا ہے، تاہم ایک پختہ گرافین فائیکل (گرافیائی جراب) کا قطر ممکن ہے کہ ناپ میں تین سٹی میٹر ہو۔ لاکر فاکولائی (مانع جرابی) پیدا ہونے سے اووم (بیضہ)، گرافین فائیکل (گرافیائی جراب) میں ایک جانب چپکا ہوا رہ جاتا ہے اور ذراتی خلیوں کے ایک تودہ سے گھرا ہوتا ہے، یہ تودہ ڈسکس پرولیجرس (discus proligerus = قرص ولود)



تصویر ۳۔ ایک شیرخوار بچہ کی اووری میض کی تراش جس میں ایک قریب پختہ شدہ گرافین فائیکل (گرافین جراب) دکھایا گیا ہے۔

کے نام سے موسوم ہے، اور باقی ماندہ جراب میں چھپے ذراتی خلیوں کی دو تین تہوں کا استہ ہوتا ہے۔ جب یہ تبدیلیاں وقوع پذیر ہوتی ہیں تو جراب کے چاروں طرف کا اوویرین سٹروما (ovarian stroma = میضی میکل) نہایت عروقی ہو جاتا ہے اور ترتیب میں متحد المرکز بن جاتا ہے، اور انجام کار متفرق ہو کر دو تہیں بنا دیتا ہے۔ ایک تھیکا انٹرنا (theca interna = غلاف اندرونی) [یعنی ٹیونیکا واسکولوسا (tunica vasculosa =

طبقة عروقی [جو کہ جراب سے قریب ترین ہوتا ہے۔ اور ایک تھیکا اکسٹرن (theca externa = غلاف بیرونی)] یعنی ٹیونیکا فائبروسا (tunica fibrosa = ریشہ دار غلاف) جو کہ باہر کی جانب ہوتا ہے۔ اول الذکر میں عروق کی ایک بڑی تعداد ہوتی ہے، جیسا کہ اُس کے نام سے بھی ظاہر ہے۔

جب یہ تبدیلیاں جاری ہوتی ہیں تو گرافین فائیکل (گرفتاری جراب) پہلے تو اوورین ٹروما (مبیس فائیکل) میں زیادہ گہرا ڈوبتا ہوا معلوم ہوتا ہے، مگر جونہی پختگی پوری ہوتی ہے یہ فائیکل (جراب) کی سطح پر آجاتا ہے، اور ایک معتدبہ ورم پیدا کرتا ہے جو کہ اووری (مبیس) کے ظاہری قامت کو تقریباً ڈگن کر دیتا ہے۔

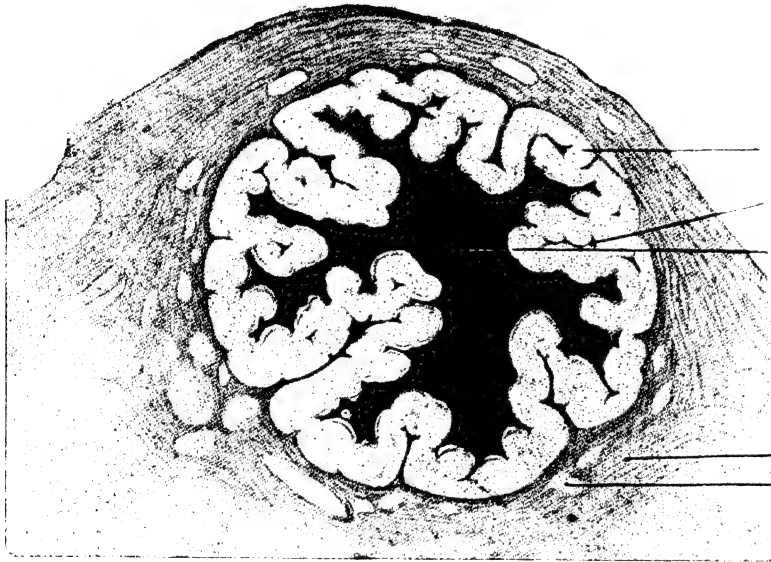
ایک پختہ اووم (بیضہ) میں حسب ذیل چیزیں پائی جاتی ہیں:۔ ایک سائٹوپلازم (cytoplasm = خلیہ مایہ) کا تودہ جس میں چند قطرات فوڈ یوک (food-yolk = غذائی زردی) کے ہوتے ہیں۔ ایک بڑا نوات، [جرمینل ویکل (germinal vesicle = نمئی آبلہ)]۔ ایک چھوٹا نویت [جرمینل سپاٹ (germinal spot = نمئی نقطہ)]۔ اور ایک دبیز بیرونی تہ، یعنی زونا ریڈیٹا (zona radiata = منطقہ شعاعیہ)۔ جو جوں فائیکل (جراب) بڑا ہوتا ہے، تھیکا انٹرناسیلز (theca interna cells = اندرونی غلافی خلیا) بالخصوص وہ خلیات جو کہ اووری (مبیس) کی سطح کے قریب ترین ہوتے ہیں، تکاثر کرتے ہیں، اور تھیکا اکسٹرن (theca externa = بیرونی غلاف) کے خلیات کے درمیان، اور تھیکا اکسٹرن (theca externa = بیرونی غلاف) اور تھیکا انٹرن (theca interna = اندرونی غلاف) کے درمیان فضا میں رونما ہو جاتی ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سطح پر ایک انخفاض پیدا ہو جاتا ہے جو بعد میں سنگم (stigma = میسم) بن جاتا ہے، یعنی وہ مقام جہاں فائیکل (جراب) پھٹتا ہے۔ انشقاق اس طرح واقع ہوتا ہے کہ جراب بڑھتا جاتا ہے اور سنگم (میسم) کے مقام پر فشاری تنخر پیدا ہو جاتا ہے۔ انشقاق واقع ہونے پر اووم (بیضہ) باہر نکل جاتا ہے، اور اس کے گرد چند گرنولوزائسلز (ذراتی خلیات) بھی نکل جاتے ہیں۔

اب بیضہ کہفہ باریطون میں آگیا ہے۔ یہاں یہ سیال باریطون کی لہروں سے جو کہ فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوبی انبوبوں) کے جھلدار سرے کے اہداب سے پیدا ہوتی ہیں، دوچار ہوتا ہے، اور ایک یا دوسرے انبوبہ میں بہ جاتا ہے، اور تدریجاً

رحم کی جانب گزرتا ہے۔

کارپس لوٹیم (corpus luteum = جسم اصفر)۔ جب گرافین فلیکل

(Graafian follicle = گریفائی جراب) پھٹ جاتا ہے تو پھر اس میں ایک سلسلہ تغیرات واقع ہوتا ہے اور کارپس لوٹیم (جسم اصفر) ظہور میں آتا ہے۔ پہلا تغیر یہ ہوتا ہے کہ گریٹولوز اسیلز



تصویر ۴۔ ایک ایسے کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی تراش جو کہ تقہقر کے درجہ میں ہے ۳×

(ذراتی خلیات) سرعت سے تکاثر کرتے ہیں، بہت بڑے ہو جاتے ہیں، اور ان میں زرد لون (لوتین = lutein) بن جاتا ہے۔ یہ خلیات شکل میں کثیر السطوح ہوتے ہیں، اکثر مطول ہو جاتے، اور شعاعوں کی ترتیب اختیار کر لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ تھیکا انٹرنا (=theca interna = اندرونی غلاف) کے خلیات بھی تکاثر کرتے ہیں لیکن نہ اس حد تک کہ جس حد تک گریٹولوز اسیلز

(ذراتی خلیات) کرتے ہیں۔ چنانچہ اول الذکر عناصر خود تر رہتے ہیں اور ان تراشوں میں جو کہ تیار کیجاتی ہیں، زیادہ گہرا تو شہ لیتے ہیں۔ گریٹولوزائسلز (ذراتی خلیات) پہلے پہل تو بے عروق ہوتے ہیں، لیکن بعد میں جب تھیکا انٹرا (اندرونی غلافی) سے شعری گچھے نکل آتے ہیں، تو عروق ہوجاتے ہیں۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا لطف منظر، اس امر کا نتیجہ ہے کہ تھیکا انٹرا سلیلز (اندرونی غلافی خلیات) کی نسبت گریٹولوزائسلز (ذراتی خلیات) زیادہ مفطر طور پر بالیدہ ہوتے ہیں، نیز تھیکا انٹرا (اندرونی غلاف) سے شعری گچھے نکل کر گریٹولوزائسلز (ذراتی خلیات) میں بروز کئے ہوتے ہیں۔ ایک پختہ اور نمو یاب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے کہف میں، طبعی حالات میں کوئی دموی تھکا نہیں ہوتا، البتہ حیض ہو چکنے کے بعد اس کہف میں کچھ نرف واقع ہو سکتا ہے۔ یا امراضیاتی حالات میں تھیکا انٹرا (اندرونی غلاف) میں نرف واقع ہوتا ہے اور گریٹولوزائسلز (ذراتی خلیات) کو ایک طرف دھکیل دیتا ہے، جس سے ایک قسم کا ہیماٹوما (haematoma = سلعہ دمویہ) بنجاتا ہے۔ جب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں خون نہیں ہوتا، تو اس کے بجائے مرقب شدہ فائبرینی مادہ پایا جاتا ہے۔ جو یہی کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) درجہ پختگی کو پہنچتا ہے، اس میں قہقری تغیرات شروع ہوجاتے ہیں۔ چنانچہ لومینی خلیات میں شحم بھر جاتی ہے، یہ اپنا خاکہ اور نوآتیں کمودیتے ہیں، اور ان کے گرد زجاجی مادہ جم جاتا ہے۔ جلد ہی کل کی کل ساخت زجاجی ہوجاتی ہے، اور بعد میں تبدیل ہو کر ریشہ دار بافت یعنی کارپس فائبروسم (corpus fibrosum = جسم لینی) یا کارپس البکنس (corpus albicans = جسم ابیض) بنجاتی ہے۔

جب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) سکڑ جاتا ہے، تو اووری (بیض) کی سطح اندر کو کھینچ جاتی ہے، اور وہاں ایک چھوٹی سی جھری نظر آتی ہے۔ چنانچہ ایک سینال اووی (senile ovary = شیخوخی بیض) کی سطح بہت جھری دار ہوتی ہے، اور مذکور بالا ریشہ دار اجسام جمع ہونے کی وجہ سے سخت ہوتی ہے۔

یہ مسلسل تبدیلیاں گرافین فالیکل (گریفائی جراب) میں ضرور نظر آتی ہیں، خواہ عمل یانہ ہو۔ مگر مختلف اعمال میں جو مدت صرف ہوتی ہے اُس میں ایک فرق ہے۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) دورانِ حمل میں بہت زیادہ مدت بڑا رہتا ہے اور پوری میعاد پر یہ ہنوز ایک بڑی نمایاں شے ہوتا ہے۔ لیکن جب حمل نہیں واقع ہوتا تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) ان سلسلہ تغیرات سے بہت جلد

گزر جاتا ہے، اور قبل اس کے کہ اگلا ماہواری بہاؤ شروع ہو سکے، اگر ایک نسبتاً چھوٹی قامت کا ہو جاتا ہے۔ لہذا پرانے نام یعنی حل کا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) یا حیض کا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) اب ترک کر دینا چاہئے، جن سے ساخت میں کوئی جدا گانہ بات مراد ہوتی ہے۔ یہ دونوں جسم بالکل ایک ہی ساخت کے ہوتے ہیں، فرق صرف اُن کی مدت میں ہے۔ شیرخوار بچوں کی اوور (بیض) میں گرافین فائیکل (گریفائی جراب) اور اووا (ova = بیضوں) کی پختگی بالکل



ذراتی لوتینی
خلیہ

اندرونی غلافی
لوتینی خلیہ

تصویر ۵۔ ایک بالغ اووری (بیض) کے کارپس لوٹیم (جسم اصفر)
کی تراش ۱۵x

ویسے ہی واقع ہوتی ہے جیسے بالغوں میں، لیکن اشتقاق نہیں واقع ہوتا۔ اس کے بجائے یہ ہوتا ہے کہ اووم (بیضہ) فیکوسائٹوسس (phagocytosis = خلیہ اکالیت) کے عمل کے ذریعہ دور کر دیا جاتا ہے، یعنی مہرینا گرینولوسا (membrana granulosa = غشا ذراتی) سے مائوڈ خلیات، فیکوسائٹس (phagocytes = خلیات آکلہ) کا کام کرتے ہیں

اور بتدریج اووم (بیضہ) کو جذب کر لیتے ہیں۔ اس عمل کے دوران میں ٹیونیکا واسکولوسا (tunica vasculosa = طبقہ عروقی) سے ایک قسم کی اریکی بافت بن جاتی ہے۔ یہ بتدریج جراب کے اندرونی مشمولات کو جذب کر لیتی ہے اور ایک ریشہ دار بافت کا تودہ بناتی ہے جو انجام کار کارپس فائبروسم (corpus fibrosum = لیفی جسم) کے مثل ہو جاتا ہے۔ مگر یہ کارپس فائبروسم (لیفی جسم) بہت چھوٹا ہوتا ہے اور مذہنی بافت کا ایک خوردبینی تودہ نظر آتا ہے۔

منسٹرویشن (menstruation = حیض)

رحم سے خون اور مخاط کا نوبتی بہاؤ، سن بلوغت میں، یعنی اس ملک میں عموماً تقریباً چودہ سال کی عمر میں شروع ہوتا ہے، اور تیس سال تک جاری رہتا ہے۔ عام عمر جبکہ حیض آنا بند ہوتا ہے، مینوپاز (menopause = سن یا س) کے نام سے موسوم ہے، اور اوسطاً تقریباً اڑتالیس سال ہوتی ہے، لیکن طبعی حالات میں پینتالیس و اکاون سالوں کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کس عمر میں حیض شروع ہوتا ہے، بہ نسبت آب و ہوا کے نسلی خصوصیات پر زیادہ منحصر ہے۔ لیکن عموماً بہ نسبت سرد آب و ہواؤں کے گرم آب و ہواؤں میں حیض زیادہ ابتدائی عمر میں شروع ہوتا ہے۔ تاہم آب و ہوا کے حالات پر ہمیشہ انحصار نہیں پایا جاتا۔

آغاز حیض کے ساتھ بعض تغیرات رونما ہوتے ہیں، جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ بچپن سے نکل کر بلوغت اور عنفوان شباب میں قدم رکھا گیا ہے۔ اس زمانہ کو کافی بار کا زمانہ سمجھنا چاہئے۔ طبعی حیض ایک باقاعدہ لے ظاہر کرتا ہے جو کہ مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے، لیکن زیادہ تر چہار ہفتہ ہوتی ہے۔ سیلان حیض کی مدت مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے مگر طبعی حدود میں۔ یعنی عموماً چار پانچ روز کی ہوتی ہے۔

مقدار خون جو قدرتی طور پر ہر ماہ خارج ہوتی ہے، طبعی حدود میں مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے، مگر اس کی طبعی مقدار کا اندازہ ۲ سے ۸ اونس تک ہے۔ سیال حیض کی ترکیب کی مقدار دلچسپ ہے، کیونکہ یہ تجربہ کیا جا چکا ہے کہ اس میں اور معمولی دورہ کرنے والے

خون میں فرق ہے۔ چنانچہ بلیر بل (Blair Bell) کہتا ہے کہ دورانی خون کی نسبت، حیض کے خون میں کلیم نمکیات کا جز بہت زیادہ ہوتا ہے، اور طبعی حالات میں فائبرین خمیر بالکل نہیں ہوتا۔ اس سے بظاہر یہ ثابت ہوتا ہے کہ رحم کی غشا، مخاطی اُس خون کی خاصیت پر کہ جس کا اخراج دوران حیض میں ہوتا ہے، ایک انتخابی تاثیر رکھتی ہے۔ جب حیض کے خون کی یہ خصوصیات ہیں تو ظاہر ہے کہ حیض کے دوران میں کلیم نمکیات کا کافی ضیاع ہوتا ہے، اور یہ کہ طبعی ماہواری خون مرقوب نہیں ہوتا۔ مونرا لڈر امریقینی صبح ہے، مزید براں حیض کے دوران میں خون کے تھکے صرف غیر طبعی صورتوں میں بنتے ہیں۔

مخلاف اس کے بک و وولہاٹ ہوس (Beckwith Whitehouse) مدعی ہے کہ طبعی حالت میں حائض رحم میں ہمیشہ ایک تھکا ہوتا ہے، اور یہ تھکا ہوا تدریج گھٹ کر ایک سیال پیدا کرتا ہے، جسے حیضی خون کہتے ہیں۔ ہائٹ ہوس (Whitehouse) اس تھکیاؤ کو تھرومبوکائی نیر (thrombo-kinase) کی طرف منسوب کرتا ہے۔ تھرومبوکائی نیر انڈومیٹریل (=endometrial) درون رحمی) بافتوں سے ماخوذ ہوتا ہے جو حیض کے دوران میں خارج ہوتی ہیں۔ ہائٹ ہوس کے خیال میں تھکے کا حل بذریعہ فائبرینولائیسین (fibrinolysin) ہوتا ہے، جو غدد الرحم کے افراز میں ہوتا ہے۔ اگر یہ مفروضات صحیح ثابت ہو گئے تو ان سے نرف رحمی کے مرضیات پر ایک اہم اثر پڑے گا۔

سیال حیض میں خون و کلیم نمکیات کے ساتھ مخاط اور خلوی چورہ بھی ہوتا ہے، جو اینڈومیٹریئم (=endometrium) درون رحم) اور مہبل سے ماخوذ ہوتا ہے۔ حیض کے پہلے دن اور آئندہ ”ماہواری ایام“ کے پہلے دن کے درمیان جو دن گزرتے ہیں (بالمعموم ۲۸ دن)، ان کو منسٹروال سائیکل (menstrual cycle = حیضی دور) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس منسٹروال سائیکل (حیضی دور) کی اثنائیں درون رحم میں اہم تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک اندامی ہیئت ہوتی ہے جو کہ پہلے دن کے بعد دسویں دن تک قائم رہتی ہے۔ چودھویں دن اوولیشن (تبویض) واقع ہوتی ہے اور چودھویں سے لیکر اٹھائیسویں دن تک اینڈومیٹریئم (درون رحم) بیش پروردگی حاصل کرتا ہے۔ اس ہیئت میں درون رحم کے سٹروما سیلز (=stroma cells) میسکلی خلیات) اتنے بڑے ہو جاتے ہیں کہ ان میں اور حمل کے ڈیڈ وال سیلز (=decidual cells) ساقطی خلیات) میں

ایک اوپری مشابہت پائی جاتی ہے۔ وہ اتنے بڑے تو نہیں ہوتے کہ جتنے حمل کے خلیات ہوتے ہیں، البتہ ان کی عمومی صفات اُن جیسی ہوتی ہیں، یعنی غدود بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ پیدار ہو جاتے ہیں اور افراز سے بھر جاتے ہیں۔ غدود کے عمیق تر حصے، بہ نسبت اوپری حصوں کے زیادہ تسع ہوتے ہیں۔ گویا درون رحمہ کی دونوں ہوجاتی ہیں، ایک ٹھوس تہ اور ایک نفی تہ۔ عروق دموی خوب تسع ہو جاتے ہیں، اور سارا اینڈومیٹریئم (درون رحمہ) اور سارا رحم غیر معمولی طور پر عروق دار ہو جاتا ہے۔ چنانچہ حیضی بیش پروردگی کا آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک فسر وال ڈسٹوا (menstrual decidua = حیضی ریزیمینس) سوڈو پریگنٹسی (pseudo pregnancy = کاذب حمل) بن جاتا ہے۔ اس کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ ایک قدم ہے پریگنٹسی ڈسٹوا (pregnancy decidua = حملی ریزیمینس) کی تکون کی طرف جو کہ اووم (بیضہ) بارور ہونے کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔ ہیئت مذکور کا رپس لوٹیم (جسم اصفر) کی بالیدگی اور مکمل نموکے ساتھ متناظر ہوتی ہے، اور غالباً جسم مذکورہ کے اقتدار میں ہوتی ہے اگر حمل واقع نہ ہو تو اٹھائیسویں دن حوضی بہاؤ واقع ہوتا ہے، یعنی اینڈومیٹریئم (درون رحمہ) کی اوپری تہیں انحطاط پذیر ہو کر جھڑ جاتی ہیں، عروق شعری سے زف واقع ہوتا ہے اور اسکے ہمراہ 9 جمی غدود کا افراز مل جاتا ہے۔ یہ ہیئت کا رپس لوٹیم (جسم اصفر) کے انحطاط کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔

(پس حیض کے معنی بالکل ظاہر ہیں حیض علامت ہے اس امر کی کہ رحم ایک بارور شدہ اووم (بیضہ) کو وصول کرنے میں ناکام رہا ہے۔ اینڈومیٹریئم (درون رحمہ) کی بیش پروردگی کے معنی ہیں یہ بارور شدہ اووم (بیضہ) کو وصول کرنے کے لئے تیار ہے۔

حیضی دور کے منظر کی توجہ یہ کیا ہے، اور اندرونی افرازات کے ساتھ اس کا کیا تعلق ہے؟ اس پر حالیہ سالوں میں بے انتہا تحقیق کی گئی ہے، لیکن ابھی تک یہ مکمل طور پر سمجھ میں نہیں آیا۔ عمومی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ پشوٹری گلینڈ (pituitary gland = غدہ غامی) کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ بعض ہارمون (hormones) کا افراز کرتا ہے۔ یہ ہارمون، اوویرین (بیضی)، اندرونی افرازات پر انضباط رکھتے ہیں، اور ان کو تحریک پہنچاتے ہیں۔ بیشتر شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ کم از کم دو ہارمون پائے جاتے ہیں، انکو پرولان الف (prolan A) اور پرولان ب (prolan B) کے نام سے پکارا گیا ہے۔ پرولان الف اوویرین فالیکلز (ovarian follicles = بیضی جرابوں) کو تحریک پہنچاتا ہے

جس سے فالیکلز (جراب) ایک جرابی ہارمون (follicular hormone) یعنی ایسٹرن (œstrin) پیدا کرتے ہیں۔ پرولان ب (prolan B) کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی تکوین اور سختی پر اقدار رکھتا ہے اور اس کے ہارمون کی تکوین پر اقدار رکھتا ہے، جو کہ عام طور پر جڑوں کے نام سے مشہور ہے۔ ایسٹرن (œstrin) جانداروں میں رٹ (rut = مستی) کے مظہرات کا سبب ہوتی ہے، اور رحم اور مہل کے نمو کی تکمیل کرتی ہے۔ ایسٹرن (œstrin) انسان میں رحم کے مکمل نمو کے لئے ضروری ہے، نیز یہ منہ وال سائل (حیضی دور) میں اینڈومیٹریم (درون رحم) کی بیش پروردگی کے درجہ میں ایک حصہ لیتی ہے۔ تاہم یہ خود بخود اینڈومیٹریم (درون رحم) کی بیش پروردگی پیدا نہیں کر سکتی، بلکہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے ہارمون (hormone) پروجسٹن (progesterin) کی امداد کی محتاج ہے۔ گویا پروجسٹن کا کام اینڈومیٹریم (درون رحم) کی بیش پروردگی کو ایک آخری درجہ تک پہنچانا، اور اینڈومیٹریم (درون رحم) کو ایک باور شدہ اووم (بیضہ) کی وصولی کے لئے بالکل صلاح بنانا ہے۔ جو ہی کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں رجعت فہمقری واقع ہوتی ہے، ایسٹرن (œstrin) کی رسد منقطع ہو جاتی ہے، چنانچہ فوراً ہی اینڈومیٹریم (درون رحم) (یعنی منہ وال ڈسٹوا (حیضی ریزینہ) میں شکستہ واقع ہوتا ہے اور حیضی بہاؤ شروع ہو جاتا ہے۔ جب علیہ کے ذریعہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کو دور کر دیا گیا ہے، خواہ یہ علیہ منہ وال سائل (حیضی دور) کے کسی موقع پر بھی کیا جائے، تو چند گھنٹہ بعد حیضی بہاؤ ہمیشہ ضرور پیدا ہو گیا ہے۔

اس کے برعکس، اگر حمل واقع ہو تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) باقی رہتا ہے اور جڑوں (progesterin) پیدا کرتا رہتا ہے۔ یہ پروجسٹن (progesterin) پھر پرنسپی ڈسٹوا (pregnancy decidua = حملی ریزینہ) کے مکمل نمو پر اقدار رکھتی اور اووم (بیضہ) کی تفریش میں حصہ لیتی ہے۔ بعض حاملہ جانداروں میں اگر کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا استیصال کر دیا جائے، تو اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔ انسان میں اس طرح اسقاط واقع نہیں ہوتا۔

مذکورہ بالا بیان، حیض کی فعلیات کے متعلق جدید نظریات کا حامل ہے۔ تاہم یہ تمام موضوع حقیقت میں اس قدر وسیع ہے، کہ ایک قبالت کی نصابی کتاب میں ممکن نہیں کہ اس پر مکمل طور پر بحث کی جائے۔ مثلاً ایسٹرن (œstrin) اور پروجسٹن (progesterin) کے متعلق اور بھی کچھ بیان کیا جاسکتا ہے۔ غیر حاملہ حالت میں ایسٹرن (œstrin) کا اولیٰ ماخذ، اویرین فیکل

(ovarian follicle = بیضی جراب) ہیں، تاہم زمانہ حمل میں ایسٹرن، حاملہ عورتوں کے پلینٹا (placenta = مشیمہ) اور امینیا ٹک فلوئڈ (amniotic fluid = رہل) اور پیشاب میں بھی پائی جاسکتی ہے، چنانچہ حیاتی کیمیائی اور علاجی اغراض کے لئے اس کی سب سے بڑی رسد آخر الذکر ہی سے حاصل ہوتی ہے۔ ایسٹرن (œstrin) خون میں بھی پائی جاتی ہے، لیکن اس میں اس کی مقدار، تناسلی خطہ کے دوری تغیرات کے لحاظ سے کم و بیش ہوتی ہے۔ خون میں ایسٹرن (œstrin) کی سب سے زیادہ مقدار زمانہ حمل میں ہوتی ہے، اور کچھ شہادت ظاہر کرتی ہے کہ اس زمانہ میں پلینٹا (placenta = مشیمہ) اس ہارمون (hormone) کا فعالانہ افزا کرتا ہے۔ بخلاف اس کے پروجسٹن (progestin) کو، صرف کارپس لوتھیم (جسم اصغر) پیدا کرتا ہے۔ علاوہ ازیں حاملہ عورتوں کے پیشاب میں نخامی ہارمونوں کی ایک بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے، حتیٰ کہ انکو ہائپوفیس (hypophysis = زیر نامیس) سے تخلیص کرنے کی بجائے، پیشاب سے تخلیص کرنا زیادہ آسان ہے۔ اس امر کے متعلق کہ آیا یہ ہارمون فی الواقع وہی ہیں جو کہ پشوٹری گلبنڈ (pituitary gland = غدہ نخامیہ) میں پائے جاتے ہیں، بہت بحث ہو چکی ہے۔ ان دونوں کے فعلیاتی تعاملات اس قدر قریبی مشابہت رکھتے ہیں کہ گمان غالب ہے کہ یہ دونوں ایک ہی ہیں۔ کچھ شہادت اس عقیدہ کی تائید کرتی ہے کہ پلینٹا (placenta = مشیمہ)، پرولان (prolan) کا فعالانہ افزا کرتا ہے۔

پشوٹری ہارمونز (pituitary harmones = نخامی ہارمونوں) کا مونٹ تناسلی اعضا پر جو اثر ہوتا ہے، اووریز (بیضوں) کے توسط سے ہوتا ہے۔ جن حیوانوں کے اووریز (بیضات) دور کر دئے گئے ہیں، ان پر کچھ اثر نہیں ہوتا۔

فرٹلائزیشن (fertilization = انحصاب)

اب یہ عام طور پر یقین کیا جاتا ہے کہ سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) اور اووم (بیضہ) کا وصل فالوپین ٹیوب (Fallopian tube = فالوپائی انبوبہ)

میں واقع ہوتا ہے۔ اور نیز یہ کہ اس وقت جبکہ نوع مرغضہ رحم کی جانب سفر کرتا ہوتا ہے، تو نمو کے ابتدائی مراحل بھی اسی نامی میں وقوع پذیر ہوتے ہیں۔ ادنیٰ درجہ کے پستانوں کی مثیل اس رائے کی تائید کرتی ہے، کیونکہ ان میں مضغے ابتدائی مرحلوں میں فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپنی انبویوں) میں پائے جاسکتے ہیں۔ مزید براں اس کی تائید اس طرح بھی ہوتی ہے کہ اکثر ٹیوبل جسٹیشن (tubal gestation = انبوی حمل) ہو جاتا ہے اور اس سے عورتوں میں حادثات ہو جاتے ہیں۔

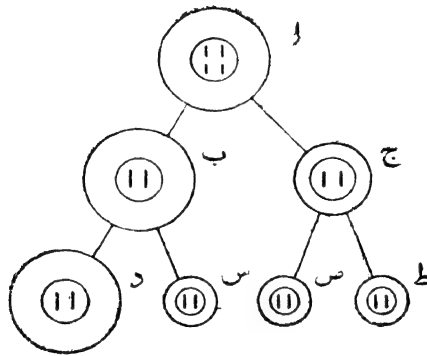
عام فہم اسباب کی بنا پر یہ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ انسانی اووم (بیضہ) اگر بارو ہو جائے، تو رحم میں داخل ہونے سے پیشتر کسی حد تک نمو حاصل کر چکتا ہے اور فوراً اس قابل ہو جاتا ہے کہ اپنی تفریش شروع کر دے۔ لیکن اگر اووم (بیضہ) کہفہ رحم میں پہنچنے تک باروزہو تو وہ نشوونما نہیں پاسکتا کہ جس سے وہ مفروش ہو سکے، لہذا یا تو وہ ضائع ہو جاتا ہے یا رحم سے باہر گر جاتا ہے۔ یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) فالوپین ٹیوبز (فالوپنی انبویوں) میں داخل ہونے کے بعد اس میں بہت روز تک زندہ رہنے کی صلاحیت رکھتے ہیں، لیکن باروری سے پہلے اووم (بیضہ) کی زندگی کیا ہوتی ہے اس کے متعلق کچھ معلوم نہیں۔ مزید براں سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) اتنی مدت تک زندہ رہنے کی قابلیت رکھتے ہیں، کہ باریطون میں پہنچ سکیں، اور اووری (بیض) کے ایسے مشقوق گریغائی فائیکل (جراب) میں داخل ہو سکیں جس میں سے اووم (بیضہ) ابھی نہ نکلا ہو۔ یہ منظر اوویرین جسٹیشن (ovarian gestation = بیضی استقرار حمل) سے ثابت ہوتا ہے کہ جس کے وقوع میں بالکل شک نہیں۔

11

چونکہ فالوپین ٹیوب (فالوپنی انبویہ) میں سیری کرنٹ (ciliary current = ہڈی رو) اکثر مل آس (external os = خارجی فم رحم) کی جانب ہوتی ہے، لہذا سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) اس رو کے خلاف سمت میں اپنی منزل طے کرتے ہوئے۔ ہنوز اس امر کی وضاحت نہیں کی گئی ہے کہ ایسا کیوں ہوتا ہے اور وہ اس کے بجائے حیوانات مہبل میں بے نتیجہ هجوم کیوں نہیں کرتے، مگر یہ ممکن ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپنی انبویہ) کا افراز سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) پر مثبت بیکیمیا آرا اثر رکھتا ہو۔ شروع میں جبکہ انبوی افراز، رحمی افراز کے ذریعہ مرقق ہوتا ہے، یہ اثر کم ہوتا ہے۔ مگر جب

سپرمیٹوزووا = spermatozoa حیوانات منویہ) فالوپائی نالی کے دھنہ پہنچتے ہیں تو یہ اثر نہایت قوت دار ہوتا ہے۔

فرٹلائزیشن (fertilization = انحصاب) کا فعل انسان میں نہیں دیکھا گیا، مگر یہ فرض کرنے کی کوئی وجہ نہیں کہ یہ اس فعل سے مختلف ہوتا ہے جو کہ ادنیٰ جانوروں میں ہوتا ہے۔ جب اووم (بیضہ) پختہ ہو جاتا ہے یعنی پولر باڈیز (polar bodies = اجسام قطبیہ) خارج ہو جاتے ہیں، تو اس کے نوات کے کروموسومز (chromosomes = اجسام لونینہ) ابتدائی تعداد کے مقابلہ میں نصف رہ جاتے ہیں۔ اووم (بیضہ) کی پختگی حسب ذیل طریقہ پر



تصویر ۶۔ ایک فرضی اوسائٹ (ابتدائی بیضہ) کا خاکہ جس میں چار کروموسا (لونین جسم) ہیں۔

ا۔ اوسائٹ (ابتدائی بیضہ)۔ ب۔ اوسائٹ (ابتدائی بیضہ)۔ ج۔ پہلا پولر باڈی (polar body)۔ د۔ پختہ اووم (بیضہ)۔ س۔ دوسرا پولر باڈی (polar body)۔ ص۔ پولر باڈیز (polar bodies)۔ ط۔ قطبی جسم (polar body)۔

انجام پاتی ہے۔ اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کا نوات منقسم ہو جاتا ہے، اور پیدا شدہ نواتوں میں سے ایک نوات فرسٹ پولر باڈی (first polar body = جسم قطبیہ اولی) ہوتا ہے، اور دوسرا بحیثیت اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کے نوات کے باقی رہتا ہے۔

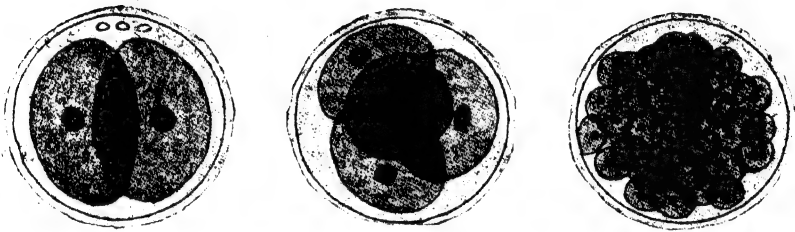
یہ ہٹروٹیکل (heterotypical = غیر متشلی) تقسیم ہے، یعنی قصری تقسیم کہ جس میں اوسائٹ (ابتدائی بیضہ) کے نوات میں کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) کی صرف نصف تعداد رو جاتی ہے۔ اب اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کا نوات دوبارہ تقسیم ہوتا ہے اور سیکنڈ پولر باڈی (second polar body = جسم قطبیہ ثانی) وجود میں آتا ہے۔ اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) اب پختہ اووم (بیضہ) بن جاتا ہے۔ یہ ہو موٹیکل (homotypical = ہم متشلی) تقسیم ہے۔ اس اثنا میں فرسٹ پولر باڈی (first polar body = جسم قطبیہ اولی) بھی ہم متشلی طور پر دو میں منقسم ہو جاتا ہے، چنانچہ اب تین پولر باڈیز (polar bodies = اجسام قطبیہ) اور ایک پختہ اووم (بیضہ) موجود ہوتے ہیں، اور ان سب میں کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) کی تعداد ابتدائی کی نصف ہوتی ہے۔ سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) میں کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) کی تعداد، سپرمیٹوجینیسس (spermatogenesis = تکوین حیوانات منویہ) کے ایک مرحلہ میں پہلے ہی نصف ہو چکی ہوتی ہے۔ فرٹلائزیشن، (انخصاب) فی الحقیقت پروفیوکلئس (pronucleus = پیش نوات) یعنی سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) کے سر اور فیمل پروفیوکلئس (female pronucleus = پیش نوات نسوانی) (یعنی اجسام قطبیہ کے خروج کے بعد بیضہ کا جو نوات رہ جاتا ہے) کے وصل کا نام ہے۔ اس سے ایک نوا [موسوم بے سگنٹیشن نیوکلئس (segmentation nucleus = نواہ تغلیق)] حاصل ہوتا ہے جس میں ایک بار پھر کروموسومز (اجسام لونیہ) کی تعداد ابتدائی تعداد کے برابر ہو جاتی ہے جتنی کہ نوع انسان کے کسی موجودہ اووم (بیضہ) یا کسی دوسرے خلیے میں ہوتی ہے۔ بہر حال نیا خلیہ زرمادہ دونوں سے حاصل کردہ عناصر و خصوصیات پر مشتمل ہوتا ہے۔

12

انسانی اووم (بیضہ) کے نمو کے ابتدائی مراحل ہنوز مشاہدہ نہیں کئے گئے، بدین وجہ اس کے متعلق جو آراء پیش کی گئی ہیں وہ لازمی طور سے مفروضات ہیں۔ مگر عموماً پستان فی مضمون کے ابتدائی مراحل نمو کے متعلق اس وقت بہت کثرت سے شہادت موجود ہے، اور یہ امر بالکل معقول معلوم ہوتا ہے کہ انواع انسانی کے متعلق بھی نظریہ قائم کیا جائے، خاص کر جبکہ برائس پیچر زاووم (Bryce Teacher's ovum = برائس پیچر کا بیضہ) اور گراف وان سپرزاووم (Graf v. Spee's ovum = گراف وان پیچر کا بیضہ) اور گراف وان سپرزاووم (Graf v. Spee's ovum = گراف وان

پیز کا بیضہ) معلوم ہو چکے ہیں، جو نموکا اتنا ابتدائی مرحلہ ہیں کہ ان کے ماقبل مراحل کے متعلق بھی بعض مفروضات قائم کرنا جائز ہے۔

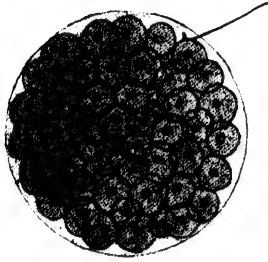
باروری کے وقوع کے بعد اس وقت جبکہ اووم ہنوز فالوپنی انبوب میں ہوتا ہے، سیگمنٹیشن (segmentation = تفرق) غالباً فوراً شروع ہو جاتا ہے۔ پہلا سیگمنٹیشن (تفرق) قدرۃً بیضی علیہ کو دو میں منقسم کر دیتا ہے، پھر چار، آٹھ، سولہ، بتیس میں، اور علیٰ ہذا القیاس حتیٰ کہ خلیوں کا ایک ٹھوس تودہ بن جاتا ہے، جسے مارولا سیج (morula stage = درجہ شہتوتیہ) کہہ سکتے ہیں۔



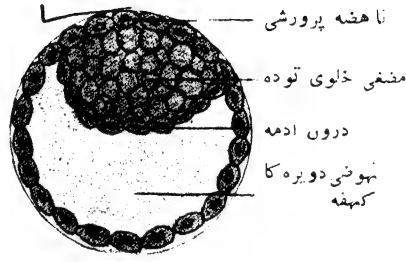
تصویر ۷۔ بارور شدہ اووم (بیضہ) کا تفرق (بطور خاکہ کے)۔
پہلی مرتبہ تقسیم دو میں، دوسری مرتبہ چار میں، اور پھر بہت سے غلیات میں ہوتی ہے۔
دوخلی درجہ میں ہنوز پولرباڈیز (قطبی اجسام) نظر آ رہے ہیں۔

اگر سیگمنٹیشن (تفرق) مکمل اور ہولوبلاستک (holoblastic = کال نہوضی) ہوتا ہے، مگر حاصل شدہ خلیے سب یکساں نہیں ہوتے۔ کچھ خلیے چھوٹے ہوتے ہیں، زیادہ تیزی سے منقسم ہوتے ہیں، اور مارولا (شہتوتیہ) کی سطح پر واقع ہوتے ہیں۔ کچھ خلیے بڑے ہوتے ہیں اور مرکزی طور پر واقع ہوتے ہیں۔ گویا اس ابتدائی مرحلے میں بھی دو مختلف قسم کے خلیے موجود ہوتے ہیں۔ اس وقت جبکہ یہ سب کچھ ہو رہا ہوتا ہے، مارولا (شہتوتیہ) میں سیال جمع ہونا شروع ہوتا ہے جو بتدریج بیرونی خلیوں کو اور اندرونی خلیوں کو جدا کر دیتا ہے، اور ٹھوس مارولا (شہتوتیہ) کو

کھوکھلے بلاسٹوسسٹ (blastocyst = نہوضی دویرہ) میں تبدیل کر دیتا ہے۔
 اس مرحلے میں چھوٹے خلیوں کی بیرونی تہ کو ٹروفوبلاست (trophoblast =
 ناہضہ پرورشی) کہتے ہیں اور اندرونی خلی توہ کو ایمبریونیک ماس (embryonic
 cellmass = مضغی خلی توہ) یا انکلوزڈ ایکٹوڈرم (enclosed ectoderm =
 محصور بیرون ادمہ) کہتے ہیں۔ دوسرے مرحلے میں اینٹوڈرم (entoderm = درون ادمہ)
 کا پہلے پہل ظہور ہوتا ہے، اینٹوڈرم (درون ادمہ) انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور بیرون ادمہ) کے
 سب سے اندرونی حصہ سے، کیسٹڈرپٹیل خلیوں کی صورت میں متفرق ہوتا ہے۔



ا



ب

تصویر ۸۔ بارور شدہ اووم (بیضہ) کا تعلق (خاکہ)۔
 ۱۔ مارولا (شہتوتیسہ)۔ ۲۔ بلاسٹوسٹ (نہوضی دویرہ)

مذکورہ بالا تہ ایک بند تھیلہ بن جاتی ہے، لیکن ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) اور اسکے
 درمیان کافی فاصلہ ہوتا ہے۔ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) بہت سرعت کے ساتھ بالیدگی حاصل
 کرتا ہے، اور کھوکھلے بلاسٹوسٹ (نہوضی دویرہ) کو اتنا بڑا کر دیتا ہے کہ اس کو مذکورہ بالا تھیلے سے
 اور انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور بیرون ادمہ) کی حرمت سے کچھ نسبت نہیں رہتی۔

جب یوک میک (yolk sac = زردی کی تھیلہ) بن رہی ہوتی ہے تو انکلوزڈ ایکٹوڈرم
 (محصور بیرون ادمہ) میں ایک ٹنگاف یا کھنڈ ظاہر ہوتا ہے جو مستقبل کی انیماٹک کیوٹیٹی
 (amniotic cavity = انفی کھنڈ) کا قائم مقام ہوتا ہے۔ حقیقی مضغہ اس کے

فرش میں بنتا ہے۔ انیالک کیویٹی (انفسی کہف) کے فرش میں [اور انیٹوڈرم (entoderm) درون ادمہ سے قریب ترین] جو غلیبے ہوتے ہیں وہ تنونی وضع کے ہو جاتے ہیں، اور ایمبریالٹک ایکٹوڈرم (embryonic ectoderm) = مضغی برون ادمہ کہلاتے ہیں۔ اس تمام مدت میں ٹروفوبلاست (trophoblast) = ناہضہ پرورشی بھیلیا رہا ہے، اور بلاسٹ (نبوضی دورہ) اتنا بڑھ گیا ہے کہ اس کو انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور برون ادمہ) سے کچھ نسبت نہیں رہی۔ چنانچہ لوک سیک (زردی کی تھیلی) اور اینیالٹک سیک (انفسی تھیلی) بلاسٹ

14



تصویر ۹۔ انسانی مضغہ کے نمونے میں ایک فرضی مرحلہ (خاکہ نمائش)

(blastocyst = نبوضی دورہ) میں ایک قطب پر ایک چھوٹا سا ابجار بناتی ہے، جو کہ انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور برون ادمہ) کی صرف ایک موٹی ڈنڈی کے ذریعہ چپکا ہوا ہوتا ہے۔ اسے ونٹرل سٹاک (ventral stalk) = اگلی ڈنڈی کہہ سکتے ہیں، اور یہ امبلیاگل کارڈ (umbilical cord = حبل الہری) کا پیش رو ہے۔

یہ بخوبی سمجھ لینا چاہئے کہ نمونے انسانی میں یہ مراحل خالصتاً فرضی ہیں، اور ان کو بندر، خرگوش اور ایک لیمور (lemur) (ٹارسس سپیکٹرم: tarsius spectrum)

کی مینیات (embryology) کی بنا پر بیان کیا گیا ہے۔

تیسری جرمیل لیئر (نمقی تہ) یعنی میزودرم (mesoderm = میان ادمہ) کی تکوین یوں بیان کی جاسکتی ہے کہ جہاں ایمبریونک ایکٹوڈرم (مضغی برون ادمہ)، یوکسیک اینٹوڈرم (زردی کی تھیلی کے درون ادمہ) سے متماس ہوتا ہے، وہاں سے خلیوں کی ایک چادر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ پہلے پہل یہ ایک اولیں دھاری اور ایک گھڑی نما مٹائی، یعنی ہنسین (Hensen) کی گرہ "نظر آتی ہے۔ یہ میزودرمک (mesodermic = میان ادمی) خلیے ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کی اندرونی جانب سے متماس رہتے ہوئے چاروں طرف بڑھتے جاتے ہیں، اور یوکسیک (زردی کی تھیلی) کے اینٹوڈرم (درون ادمہ) کو بیرونی جانب سے ڈھکتے ہیں۔ ان تہوں کا درمیانی کھنڈ اب پرمیٹو سیلام (primitive coelom = اولیں کولنجابا، ایکٹوڈرم (بیرون ادمہ) اینٹوڈرم (درون ادمہ) اور میزودرم (میان ادمہ) ان تین نمقی تہوں نیز انیاٹک کیوٹی (انفسی کھنڈ) و یوکسیک (زردی کی تھیلی) کے بننے کے ساتھ انسانی مضغہ کے وہ تمام مراحل جو کہ معلوم ہیں یا بیان کئے گئے ہیں ختم ہو جاتے ہیں۔

ان مراحل پر ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی)، [یعنی اکسٹرا ایمبریونک ایکٹوڈرم (extra-embryonic ectoderm = خارج المضغی برون ادمہ) ان ولانی (خلات) کی داغ بیل ڈال رہا ہے، جو کہ مضغہ کو مادری ڈیڈوا (غشاء ساقط) سے چسپاں کرتے ہیں، اور اس کی خوراک بہم پہنچاتے ہیں۔ انیاٹک کیوٹی (انفسی کھنڈ) کروی شکل اختیار کر لیجے بجائے، بہت چپٹی ہو گئی ہے، جیسا کہ فرضی بیضہ شکل ۹ میں دکھایا گیا ہے۔ ایمبریونک ایکٹوڈرم (مضغی بیرون ادمہ) بجائے مقعر ہونے کے چپٹا ہو گیا ہے اور ونٹرل ٹاک (ventral stalk = اگلی ڈنڈی) گھماؤ سے سرک گیا ہے، اور ایمبریونک ایکٹوڈرم (مضغی برون ادمہ) کے اس سرے سے ابھرا ہوا ہے جو انجام کار مضغہ کا ذنبی سرا ہوگا۔

اصل مضغہ کے نمکی تفصیلات اس کتاب کے دائرہ بحث سے باہر ہیں۔ مگر یہ مدنظر رکھنا چاہئے کہ گراف وان سپی (Graf v. Spee) کا جو دولی متر کا مضغہ ہے، اس میں ایمبریونک ایکٹوڈرم (مضغی بیرون ادمہ) سامنے سے مرکز سر بنا رہا ہے، اور اولیں دھاری کا پچھلا حصہ سوراخدار ہو کر نیوراٹرک قنال (neurententeric canal = قنات عصبیہ عصبیہ) بنا رہا ہے اور ایک پرمیٹو انٹائس (primitive allantois = اولیں کلمبیہ) بصورت ایک عطفہ

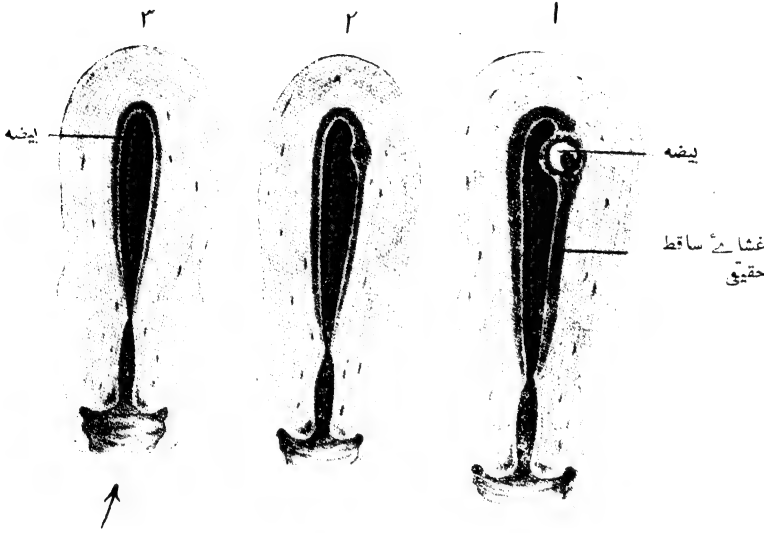
ٹھوس ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) کے اندر تھوڑی دور تک چلا گیا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ اینٹروڈرم (درون ادم) کی ایک سلیک (نندی کی تھیلی) سے گویا کہ دبنا ہوتا ہے تاکہ اولیں کنت (آرکنٹران: archenteron) بنائے۔ اول ترین مضغہ کے انکشاف سے بعض دلچسپ نکات ظاہر ہوئے ہیں۔ مثلاً یہ کہ اغیان (amnion = انفس) ابتدا سے ایک بند تھیلی ہوتی ہے اور اس طرح نہیں بنتی کہ جس طرح چوزہ میں اوپر بڑھتے ہوئے ایکٹوڈرل (بیرون ادمی) دھراؤں سے بنتی ہے۔ اور یہ کہ ایلنٹائس (allantois = کلیہ) اولین آرکنٹران (archenteron) کے پچھلے سرے سے ایک چھوٹے سے بروز کی صورت میں پیدا ہوتا ہے اور کبھی مضغہ کی حقیقی حدود سے آگے نہیں نکلتا۔ اور یہ کہ امبلاٹیکل کارڈ (جل السری) کا پیش رو ایکٹوڈرل (محمصور بیرون ادم) کا ایک ٹھوس تودہ ہوتا ہے جسے اب ونٹرل سٹاک (ventral stalk = اگلی ڈنڈی) کہتے ہیں۔

15

بارورشدہ بیضہ کا رحم کے غشاء مخاطی میں مفروش ہونا۔ اغلب ہے کہ جب مضغہ شکل ۹ میں دکھائے ہوئے فرضی مرحلہ کو پہنچ جاتا ہے، تو وہ رحم کی غشاء مخاطی میں مفروش ہونا شروع ہوتا ہے۔ وہ ٹروفوبلاست (پرورشناہضہ) کی ایک تہ سے دھکا ہوتا ہے جس میں کوریانک ولانی (chorionic villi = سلوی خلات) کے مبادی ابھی سے نظر آنے لگتے ہیں، اگر ہنوز اس میں میزوڈرم (میان ادم) اور عروق خون نہیں بہتے۔ یہ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کہلاتے ہیں، پہلے پیل تنہا ایکٹوڈرل (ectodermal = بیرون ادمی) خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے مگر بہت جلد دونوں میں متفرق ہو جاتی ہے۔ ایک بیرونی تہ جو نخرہ مایہ (protoplasm) اور بہت سی نواتوں کے غیر متفرق تودوں پر مشتمل ہوتی ہے جن کو سنسٹیم (syncytium = کتلہ الملایہ) کہتے ہیں، اور ایک اندرونی تہ جو بہت واضح حدود کے جدا جدا خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، انھیں لینگھانز سلیک (Langhan's cells = لینگھان کے خلیے) کہتے ہیں۔ اس دوتہی ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) میں یہ تو ہوتی ہے کہ غالباً ایک ہاضم خمیر کے ذریعہ رحم کے غشاء مخاطی کو کھا جائے اور بیضہ اینڈومیٹیم (درون رحم) کو چھید کر گھس جائے۔ جب بیضہ اینڈومیٹیم (درون رحم) میں چھید کرتا ہوتا ہے تو وہ پھیلتا جاتا ہے، لہذا وہ سوراخ جس کے ذریعہ سے وہ داخل ہوا تھا اصلی بیضہ سے چھوٹا معلوم ہوتا ہے۔ یہ سوراخ فائبرین کے ایک چھوٹے تودہ سے بند ہوتا ہے جسے

ریکرتس سیکٹرکس (Reichert's cicatrix = ریکرت کا ندبہ) کہتے ہیں۔ اس مرحلہ پر بیضہ کی جو صورت ہوتی ہے وہ شکل ۱ میں دکھائی گئی ہے۔

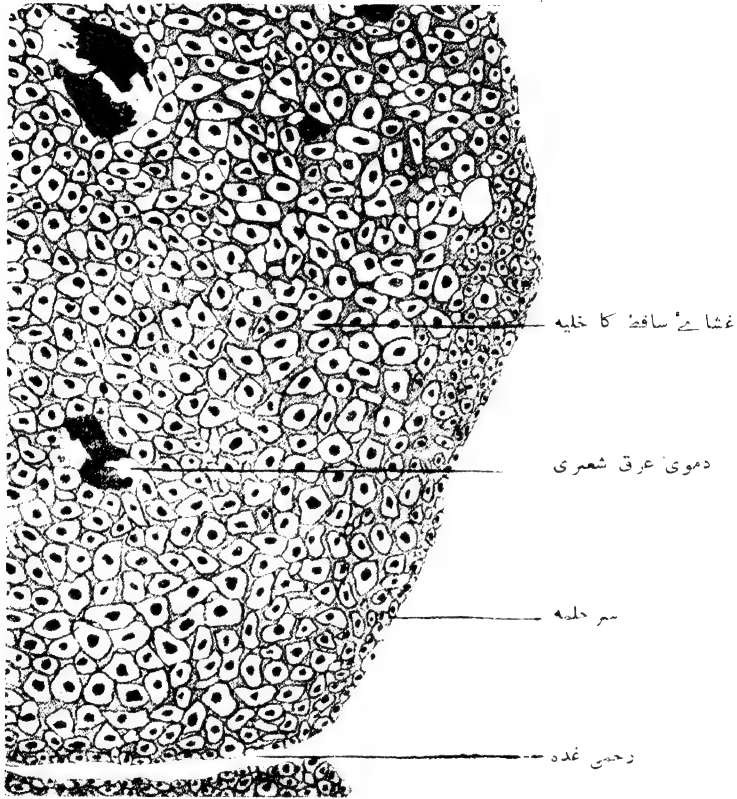
ادھر یہ کچھ ہوتا ہے تو اُدھر اینڈومیٹریم (درون رحم) کے وہ تغیرات جو حیضی دور میں شروع ہوئے تھے، مزید ترقی کرتے ہیں، یعنی سٹروما سیلز (ہیکلی خلیات) بڑے ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ محل کا مکمل ڈیڈوا (غشاء ساقط) بن جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ڈیڈوا



تصویر ۱۔ یہ خاکے رحمی غشاء مغاطی میں اووم (بیضہ) کی تفریش کا طریقہ ظاہر کرتے ہیں۔

(غشاء ساقط) کی تکوین، کارپس لوتیم (جسم اصفر) کے اقتدار میں ہے۔ چونکہ ڈیڈوا (غشاء ساقط) کی بالیدگی، جنین اور ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کی بالیدگی کے قدم بہ قدم رہتی ہے، لہذا ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے ولائی (خلات) کے، اور رحمی عضلہ کے درمیان ہمیشہ ڈیڈوا (غشاء ساقط) کی ایک محافظت موجود رہتی ہے، یہ اس لئے محافظ ہے کہ یہ خللات کو رحم کی عضلی تہوں میں گھسنے نہیں دیتی۔ بعض اوقات یہ محافظانہ ولیفہ معطل ہو جاتا ہے

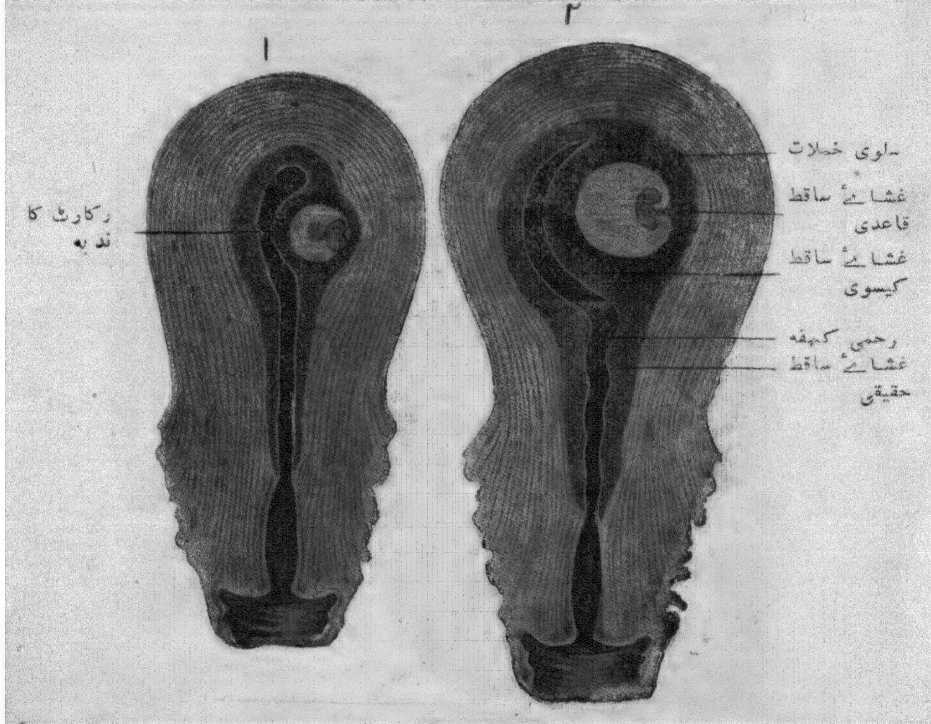
اور نخلات عفنل میں گس جاتے ہیں اور وہ حالت ظہور میں آتی ہسے جو کہ پلینٹا اکریٹا (placenta accreta = مشیمہ درون بالیدہ) کے نام سے موسوم ہے۔ ڈیڈوا (غشاء ساقط) میں تغیر یہ ہوتا ہے کہ اینڈومیٹریم (درون رحم) کے سٹروما سیلز (stroma cells = ہیکلی خلیے)



تصویر ۱۱۔ ایک ابتدائی اسقاط عمل سے حاصل شدہ ڈیڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) کی تراش۔

بڑے ہو جاتے ہیں اور ریشکی تو صیسی بافت غائب ہو جاتی ہے۔ چنانچہ مکمل طور پر تیار شدہ ڈیڈوا (غشاء ساقط) اکثر منطی خلیوں سے بنا ہوتا ہے، جن میں کروی نوات ہوتے ہیں۔ یہ خلیے

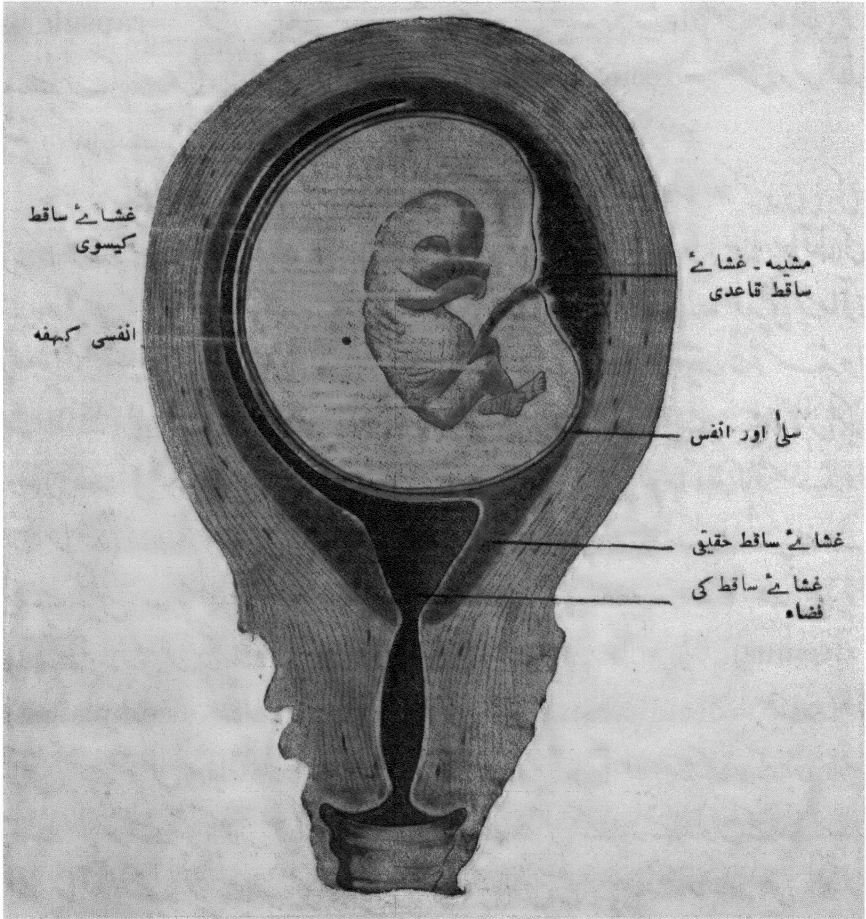
ایک دوسرے کو ہر جانب سے چھوتے ہیں، اور ان کے درمیان کوئی تو مصلیٰ بافتی سٹروما (بیکل) نہیں ہوتا، جو صرف عروق دموی کے گرد اسباقی رہ جاتا ہے۔ غشاء ساقط کے خلیوں کی یہ ترتیب، شکل ۱ میں جو ابتدائی زمانہ کے اسقاط سے حاصل شدہ ڈیڈوا (غشاء ساقط) کی تراش سے کھینچی گئی ہے، اچھی طرح دکھائی گئی ہے۔ رحمی غدود، ڈیڈوا (غشاء ساقط) میں باقی رہتے



تصویر ۱۲ - یہ خا کے اووم (بیضہ) کی تفریش، ڈیڈوا (غشاء ساقط) کی ٹکویں اور ڈیڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) سے ڈیڈوا بیزیس (غشاء ساقط قاعدی) اور کیسولیرس (کیسوی) کا تفرق دکھاتے ہیں۔

ہیں، اُن کا سرملی استر متورم ہوتا اور بڑھ جاتا ہے، اُن کے گہرے حصے مسع ہو جاتے ہیں، اور اُن کے منہ نسبتاً تنگ اور ایک دوسرے سے دور ہوتے ہیں۔ چنانچہ ڈیڈوا (غشاء ساقط)

- ۱۷ کا اوپری حصہ ”ٹھوس“ کہلاتا ہے، اور گہرا حصہ بوجہ اُس میں چوڑی غدودی فضائیں ہونیکے ”سفنج نما“ کہلاتا ہے۔ سب سے گہرا حصہ جو کہ عضلہ کے پاس ہوتا ہے بہت گھٹا ہوتا ہے اور ولادت کے بعد اینڈومیٹر کا اسی سے دوبارہ بنتا ہے۔ ڈسٹروا (غشاء ساقط) کی اصلی دہارت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے مگر اسکی ناپ اکثر اوقات چوتھائی انچ ہوتی ہے۔ جب کل اینڈومیٹریم (درون رحم) ڈسٹروا (غشاء ساقط)



تصویر ۱۳۔ رحم کے مشمولات، ۱۲ ہفتہ کے حمل کے ختم پر کیا ہوتے ہیں۔
ہیگر کی امارت (دیکھو تصویر ۲۸) ڈسٹول (ساقطی) فضا پر منحصر ہوتی ہے جو کہ
اس میں دکھائی گئی ہے۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے، تو اس کے نام اس امر کے مطابق رکھے جاتے ہیں کہ اووم (بیضہ) کا اس کے ساتھ کیا تعلق ہے۔ چنانچہ وہ حصہ جو اووم (بیضہ) اور رحمی عضلے کے مابین ہوتا ہے اور جس میں کہ بعدہ آئول بنتا ہے، ڈسڈوا بیسٹیل (decidua basalis = غشاء ساقط قاعدی) کہلاتا ہے۔ اور وہ حصہ جو اووم (بیضہ) کو ڈھانکتا ہے اور اُس چھوٹے سوراخ کا جس میں سے اووم (بیضہ) داخل ہوا تھا، احاطہ کرتا ہے، ڈسڈوا کیسپولیرس (decidua capsularis = غشاء ساقط کیسوی) کہلاتا ہے۔ باقی ماندہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) جو بیضہ سے پرے کہفہ رحم کا استر بناتا ہے، ڈسڈوا ویرا (decidua vera = غشاء ساقط حقیقی) کہلاتا ہے۔

ڈسڈوا کیسپولیرس (decidua capsularis = غشاء ساقط کیسوی) کی تشکیل کا طریقہ دلچسپ اور سادہ ہے۔ جیسے جیسے اووم (بیضہ) بڑھتا ہے، ڈسڈوا (غشاء ساقط) کی وہ تہ جو رکیٹس سکاٹرس (ریٹ کے ندبہ) کا احاطہ کرتی ہے، اونچی ہو جاتی ہے اور پتلی پڑ جاتی ہے، جیسا کہ اشکال ۱۲ و ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ چنانچہ شروع ہی سے ہمیشہ ایک تہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) کی ایسی ہوتی ہے جو اووم (بیضہ) کو کہفہ رحم سے جدا کرتی ہے۔ پہلے پہل جبکہ اووم (بیضہ) کی تفریش کا طریقہ اچھی طرح نہیں سمجھا گیا تھا، یہ یقین کیا جاتا تھا کہ ڈسڈوا (غشاء ساقط)، اووم (بیضہ) کے چاروں طرف بڑھتا ہے اور بتدریج اُسے اپنے اندر کر لیتا ہے۔ لیکن اب یہ معلوم ہو گیا ہے کہ یہ مفروضہ غلط ہے۔ جب اووم (بیضہ) اور بھی بڑا ہو جاتا ہے تو لازمی طور پر کہفہ رحم ہی بتدریج مٹ جاتا ہے، اور ڈسڈوا کیسپولیرس (decidua capsularis = غشاء ساقط کیسوی) ڈسڈوا ویرا (decidua vera = غشاء ساقط حقیقی) سے متماس ہو جاتا اور اُس سے چپک جاتا ہے۔ یہ تقریباً ۱۲ ہفتہ کے نموکے بعد واقع ہوتا ہے، اس وقت جبکہ آئول بھی مکمل طور پر نمودار ہو چکا ہے۔ حل کے پورے دنوں کے بعد ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے باقیات اب بھی کوریان (سلی) کی اس سطح پر پہچانے جاسکتے ہیں جو کہ رحمی دیوار کی جانب ہوتی ہے۔ ڈسڈوا (غشاء ساقط) اووم (بیضہ) کی بالیدگی کا صرف اس مقام پر ساتھ دیتا ہے جہاں کہ آخر کار آئول بنا ہوتا ہے، یعنی ڈسڈوا بیسٹیل (غشاء ساقط قاعدی) کے مقام پر۔ ڈسڈوا کیسپولیرس (غشاء ساقط کیسوی) اور ڈسڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) یعنی باقی ہر جگہ کا ڈسڈوا (غشاء ساقط)، رحم اور اووم (بیضہ) کی بالیدگی کے

ساتھ ساتھ تپتا ہوتا جاتا ہے۔ پورے دن پر ڈسڈوا دیر (غشاء ساقط حقیقی)، اور ڈسڈوا کیسولیئر (غشاء ساقط کیسولی) کی حقیقی مقدار بہت کم ہوتی ہے، اور تپلی ہوتی ہے۔ سرو ایکل قنال (cervical canal = عنقی قنال) کی غشاء مخاطی ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں نہیں تبدیل ہوتی۔

ایمنیان (amnion = نفس) کوریان (chorion = سلی)

اور پلینٹا (placenta = مشبہ)

کوریانک ولانی (chorionic villi = سلوی خلات) کی کون کا سب سے پہلا نشان، انسانی اووم (بیضہ) کے اس فرضی مرحلہ میں ملتا ہے جو کہ تصویر ۹ میں دکھایا گیا ہے، اور جس میں یہ ولانی (خلات) ٹروفوبلاست (trophoblast = ناہضہ پرورشی) پر ٹھوس بروزات کی صورت میں ہوتے ہیں۔ اس وقت بلاسٹوسٹ (blastocyst = نہوضی دویرہ) میں سیال جمع ہوتا، اور بلاسٹوسٹ (نہوضی دویرہ) بسرعت بڑا ہوتا جاتا ہے اور جنین ایک مقام پر ایک چھوٹے سے تودہ کی صورت میں بروز کئے ہوتا ہے، اور اس میں دو کہنے اور ایک ڈنڈی ہوتی ہے۔ بعد ازاں ولانی (خلات) شاخیں نکالنا شروع کرتے ہیں، جیسا کہ گراف وی-سپی (Graf v. Spee) کے ۲ ملی میٹر کے اووم (بیضہ) میں دکھایا گیا ہے۔ اس مرحلہ پر ولانی (خلات)، تمام تر ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کی ٹھوس شاخدار تکیوں کے بنے ہوتے ہیں، لیکن ان میں وہ دو نہیں جن میں ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) تقسیم ہوتا ہے، نمایاں ہوتی ہیں۔ اس ابتدائی مرحلہ پر بھی کوریانک ولانی (سلوی خلات) مغذی اعضا کا کام دیتے ہیں، اور مادری بافتی سیالات سے، جن کے ساتھ وہ متماثل ہوتے ہیں، وہ سب کچھ جذب کر لیتے ہیں جو ایک بڑھتے ہوئے جنین کے لئے درکار ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ ان کا ایک تنفسی فعل بھی ہوتا ہے، یعنی وہ ماں اور جنین کے درمیان آکسیجن

(oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) غازوں کے تبادلہ کے لئے سہولت بہم پہنچاتے ہیں۔ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) نخر مایہ کی بنی ہوئی ایک ٹھوس کھلی مکان ہے جس میں متعدد نواتیں ہوتی ہیں۔ جوں جوں یہ کھلی بڑی ہوتی ہے لینگھان (Langhan) کی تہ کے خلیات بھی شد و مد کے ساتھ متکاثر ہو کر اس میں داخل ہو جاتے ہیں۔ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) پہلے پہل صرف منفرد خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جن کے خاکے متمیز ہوتے ہیں، لیکن بعد ازاں اوپری تہوں کے متعدد خلیات کثیر النواة پلازموڈیائی (plasmodial) تودوں کی صورت میں متحد ہو کر، سنیکٹیم (syncytium = کثمتہ الخلائیہ) بن جاتے ہیں۔

نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی مرحلہ میں میزوڈرم (میان جلد) بڑھ کر ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) کی راہ سے کوریانک ولانی (سلوی خلات) میں داخل ہونے لگتی ہے، اور بلاسٹوسٹ (دویرہ نہوضی) کے گرد اکڑ چلتی جاتی ہے، یہاں تک کہ یہ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے اندر ایک متمیز تہ بن جاتی ہے۔ میزوڈرم (میان جلد) پہلے پہل محض غلوی ہوتی ہے، لیکن جلد ہی ریشہ دار بن جاتی ہے اور اس سے ولانی (خلات) کا توصیلی بافتی مغز بنتا ہے۔ اول اول میزوڈرم (میان جلد) میں دموی عروق بالکل نہیں ہوتے لیکن آخر کار ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) میں یہ بھی داخل ہو جاتے ہیں، یا ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) کے اندر ہی سے بن جاتے ہیں۔ پس ایک کامل انسکون ولس (خلہ) میں حسب ذیل چیزیں ہوتی ہیں:-

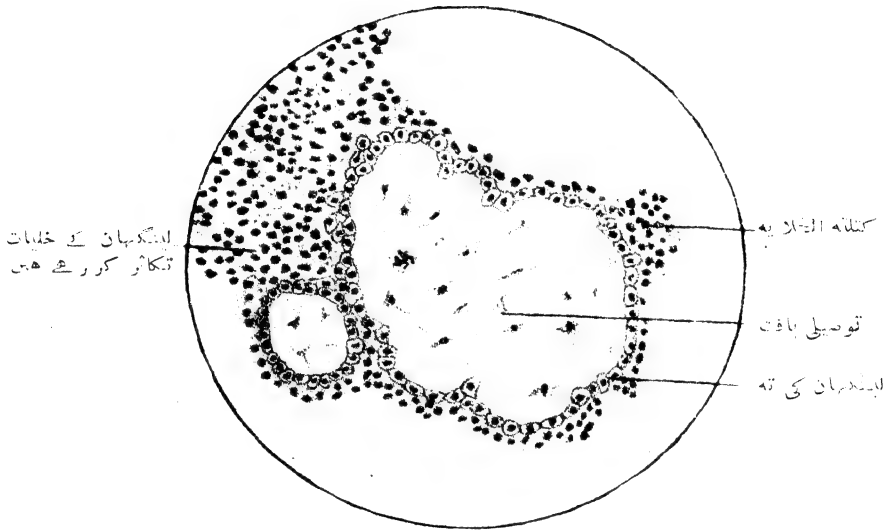
۱۔ ایک دوہی ٹروفوبلاست (trophoblast = پرورشی ناہضہ) (یعنی ایک ٹوڈرم بر جلد)۔

۲۔ ایک توصیلی بافتی مغز (یعنی میزوڈرم میان جلد)۔

۳۔ اور عروق دموی جو جنین کے عروق دموی سے مانوڈ ہوتے ہیں۔

عروق دموی کا اولین ظہور یوکسیک (yolksac = زردی تھیلے) پر ہوتا ہے، جبکہ توصیلی بافتی خلیات میں قنایں بن جاتی ہیں۔ یہ عروق دموی، جنین کے دو ابتدائی اسے آرئی (اورطیات) کے ساتھ، اور دو مارجنل سائینوس (marginal sinuses = حاشیائی اجواف) (یعنی امپلاکس نیز = سری وریدوں) کے ساتھ، اور ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) کی راہ سے کوریان (سلی) کے عروق کے ساتھ سرعت سے لمباتے ہیں۔ یہ یقینی طور پر معلوم نہیں، تاہم باور کیا جاتا ہے کہ کوریان (سلی) اور یوکسیک (زردی تھیلے) کے عروق اس وقت

باہم ربط رکھتے ہیں جبکہ ابھی انسانی جنین میں کوئی بڑی رگ نہیں ہوتی، لیکن انسانی جنین میں یوکسیک (زردی تھیلے) کا دوران خون جلد ہی غیر اہم ہو جاتا ہے اور کوریان (سلی) کا دوران خون انتہا درجہ اہم ہو جاتا ہے۔ جب ولائی (خلمات) کی توصیلی بافت میں ایک مرتبہ عروق دموی بن جاتے ہیں، تو پھر عروق کی تکوین ولائی (خلمات) کی بالیدگی کے قدم بقدم چلتی ہے۔ اس کے جلد ہی بعد ٹروفوبلاستی (نہوضی پرورش) کلیوں میں چھوٹے چھوٹے



تصویر ۱۴۔ ایک کوریانک ولس (سلوی غلہ) کی تراش، تقریباً چوتھے ہفتہ پر۔

عروق شعری نمایاں ہوتے دیکھے جاسکتے ہیں۔ تقریباً چار ہفتہ کے ختم پر تمام کا تمام بلاسٹوسٹ (نہوضی دورہ) ایک ایسے کوریان (سلی) سے ڈھکا ہوتا ہے جو تقریباً آدھ آدھ انچ لمبے ولائی (خلمات) سے مکمل طور پر گھرا ہوتا ہو۔ ان ولائی (خلمات) کو پانی میں تیرایا جائے تو ایک روئیں دار منظر نظر آتا ہے۔ بعد ازاں

جو ولائی (خلاات) کہ ڈسڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) کے مقابل واقع ہوتے ہیں، وہ بڑھتی ہیں، پہم شائیں نکالتے ہیں اور ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چپک جاتے ہیں۔ اور جو ولائی (خلاات) باقی کی کوریان (سلی) پر ہر جگہ ہوتے ہیں بتدریج مذبول ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ کوریان (سلی) مصنوعی طور پر دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک کوریان فراندوزم (chorion frondosum = سلی سرخسی) جو ڈسڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) سے چپکا ہوتا ہے اور جس سے پلینٹا (مشیمہ) کا جنینی حصہ بنتا ہے۔ اور دوسرا کوریان لیوی (chorion laeve = سلی اٹلس) جو ڈسڈوا کیسولی (سلی غشاء ساقط کیسولی) سے چپکا ہوتا ہے اور جو مذبول ہو جاتا ہے اور پلینٹا (مشیمہ) کی تکوین میں کوئی حصہ نہیں لیتا۔ پلینٹا (مشیمہ) کے نمو کے درحقیقت تین درجے ہیں۔

۱۔ کوریان فراندوزم (سلی ویلٹی) کے ولائی (خلاات) کی بالیدگی۔
۲۔ ان ولائی (خلاات) کا ڈسڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) کے ساتھ چسپاں ہونا۔

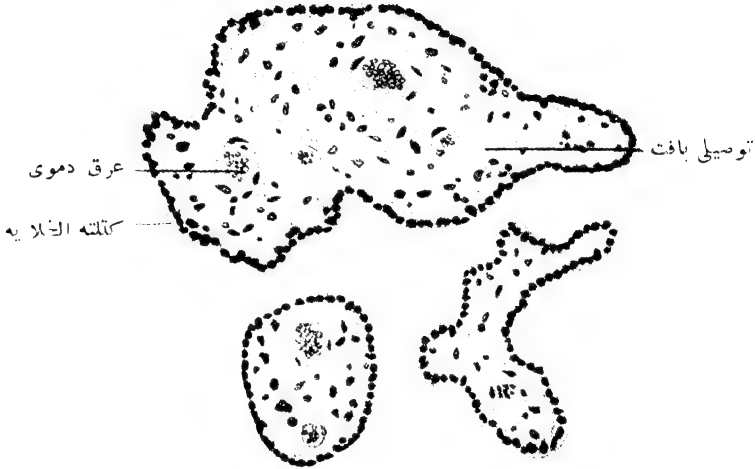
۳۔ مادری بلڈ سائنسز (blood sinuses = دموی اجواف) یعنی ولائی (خلاات) کے گرد کی فضا کا بننا۔

کوریان فراندوزم (chorion frondosum = سلی سرخسی) کی بالیدگی محض اس طرح ہوتی ہے کہ ٹرافوبلاست (ناہضہ پرورشی) کلیاں نکالتی ہیں، اور ان کلیوں میں میوزوم (میان جلد) اُگ کر داخل ہو جاتی ہے، اور اس میں عروق دموی لائنبہ ہو کر داخل ہو جاتے ہیں۔ ولائی (خلاات) کی ڈسڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) سے چسپیدگی مندرجہ ذیل طور پر عمل میں آتی ہے۔

جب کسی ولس (خلہ) سنٹیائی (synectial = کٹکتہ الخلائی) کی پوشش، ڈیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ مس کرتی ہے، تو مرکز میں لینگہان (Langhan) کی تہ خوب نکاثر کرتی ہے۔ یہ لینگہان (Langhan) کے خلیات، ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے اندر کھب جاتے ہیں اور ولس (خلہ) کو ڈسڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) کے ساتھ چپکا دیتے ہیں۔ اس درمیان میں سنٹیئم (synectium = کٹکتہ الخلائی) ولس (خلہ) کی سطح سے ہٹ کر ڈسڈوا (غشاء ساقط) پر منتقل ہو جاتا ہے، اور اس ولس (خلہ) سے جو اگلا ولس (خلہ) ہوتا ہے،

اس کے سنسٹیم (کٹلتہ الخلیا) سے مسلسل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ ان ولاتی (خلات) کے درمیان ایک فضا بن جاتی ہے، جو مادری خون سے بھری ہوتی ہے اور جس کا اسٹر سنسٹیم (syncytium = کٹلتہ الخلیا) کا ہوتا ہے۔

یہ انٹرو لوس بلڈ سپیس (بین الخلاتی دموی فضا)، پلیسنٹا (مشیمہ) کا وہ حصہ ہے جس کا سمجھنا سب سے زیادہ دشوار ہے۔ اس کے متعلق ہمارا علم بعض مناظر پر مبنی ہے جو برائس ٹیچر (Bryce Teacher) کے اووم (بیضہ) اور پیٹر (Peter) کے اووم (بیضہ) میں



تصویر ۱۵۔ ایک پورے وقت کے پلیسنٹا (مشیمہ) سے لئے ہوئے کوریائٹس (سلوی خلمہ) کی تراش۔

اگر اس کا کچھلی تصویر کے ابتدائی وس (خلہ) کے ساتھ مقابلہ کیا جائے، تو نچتہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے خلمہ میں ایک زیادہ گھنا تو صیلی بافت کا مغز پایا جاتا ہے جس میں عروق دموی ہوتے ہیں، اور ایک زیادہ تلی خلوی پوشش پائی جاتی ہے، اور سنسٹیم (کٹلتہ الخلیا) تقریباً زایل ہو چکا ہوتا ہے۔

دیکھ گئے ہیں، اور وہ یہ ہیں:- جب اووم (ہیفہ) چھید کرنا ہوا اینڈوٹریئم (= endometrium) درون رحم کے اندر داخل ہو جاتا ہے تو ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) عروق شعریہ سے مس کرنا لگتا ہے۔ یہ عروق شعریہ، ڈسیدوا (غشاء ساقط) کے مہجرات ہوتے ہیں جن کا استر محض اینڈوٹھیلیم (= endothelium) درحلہ کا بنا ہوتا ہے، لہذا ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) ان پر آباسانی حملہ کر سکتا ہے اور تانگل کر کے داخل ہو سکتا ہے۔ چنانچہ ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) کسی عروق شعریہ کو کھول کر رکھ دیتا ہے، اور ایک دموی فضا پیدا ہو جاتی ہے، جس کی دیوار پہلے پہل جزء آٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) سے اور جزء آینڈوٹھیلیم (درحلہ) اور ڈسیدوا (غشاء ساقط) کی بنی ہوئی ہے۔ جوں جوں ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) بڑھتا جاتا ہے، توں توں عروق کا مہجری ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) سے عملی طور پر محاط ہو جاتا ہے، لیکن اس میں ہمیشہ دو فحالت باقی رہ جاتے ہیں جن سے خون بہ کر اندر آتا اور باہر جاتا ہے۔ چنانچہ ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) میں ایک خون کی جھیل نمودار ہو جاتی ہے، جس کو ایک مادری شعری عرق بھرتی، اور ایک خالی کرتی ہے۔

22

یہ آغاز ہے انٹرولس سپیس (بین الخلاقی فضا) کا۔ چونکہ یہ عمل، ڈسیدوا (غشاء ساقط) کے کل رقبہ میں جاری ہوتا ہے، لہذا ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) میں بہت سی جھیلیں نمودار ہو جاتی ہیں جو ولانی (خلات) کے درمیان ایک دوسرے سے ربط رکھتی ہیں۔ قدرتا جیسے جیسے ولانی (خلات) بڑھتے جاتے اور عرق دار ہوتے جاتے ہیں، یہ دموی جھیلیں بھی ان کے قدم بقدم بڑھتی جاتی ہیں، کیونکہ بتدریج زیادہ مادری عروق دموی پھیلنے جاتے ہیں۔ مزید برآں چونکہ مادری عروق شعریہ ٹروفوبلاسٹ (ناہفہ پرورشی) میں جذب ہو جاتے ہیں، لہذا یہ بھی ضرور ہوگا کہ آخر کار کوئی شریان یا ورید سامنے آجائے گی۔ چنانچہ آخر کار دموی جوف ایک بہت بڑی شے بن جاتی ہے، جس کو مادری شریانیں بھرتی اور وریدیں خالی کرتی ہیں، اور جس میں ہر جگہ سنسٹیم (کلتہ الخلائیہ) کا استر ہوتا ہے۔

پلینٹا (مشیمہ)، ۱۲ ہفتہ کے اختتام پر مکمل طور پر بن جاتا ہے۔ اسوقت اسکی ساخت و حقیقت وہی ہوتی ہے جو کہ پوری میعاد پر ہوتی ہے، باستثنائے چند ادنیٰ اختلافات کے جو کہ جسامت کی بالیدگی اور انحطاطی تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ مشیمہ جسامت میں اس طرح بڑھتا ہے کہ امبلاکل کارڈ (جمل السری) [یعنی ونڈل سٹاک = بطنی ڈنڈی] سے قریب ترین

مقام پر کوریانک (سلوی) تنے ہر وقت کلیاں اور شاخیں نکالتے رہتے ہیں تنوں کی موٹائی سطح بڑھ جاتی ہے کہ ان کے اندر اور زیادہ لینی بافت بنتی رہتی ہے۔ چونکہ رحمی عضلہ اور پلینٹا (مشیمہ) کے درمیان ڈیڈ وا (غشاء ساقط) کی ایک تہ ہر وقت رہتی ہے، لہذا پلینٹا (مشیمہ) موٹائی میں اس طرح بڑھتا ہے کہ پلینٹل (مشیمی) بالیدگی کے ساتھ ساتھ ڈیڈ وا (غشاء ساقط) بھی بڑھتا رہتا ہے اور پلینٹا (مشیمہ) پر ہر وقت حمل کرتا رہتا ہے۔ پلینٹا (مشیمہ) کے رقبہ میں بڑھنے کا بھی یہی طریقہ ہے۔ بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنوں میں سے بعض تنے پلینٹا (مشیمہ) کی پوری موٹائی کے اندر پھیلے ہوئے اور ڈیڈ وا (غشاء ساقط) کے ساتھ چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور باقی جو کہ جانبی شاخیں ہوتی ہیں، ڈیڈ وا (غشاء ساقط) تک بالکل پہنچنے ہی نہیں پاتے، لہذا وہ چسپاں نہیں ہوتے۔ کوریانک (سلوی) تنوں کی شاخوں کی ان گنت تعداد اور پیچیدگی اور ان کی سنسٹیائی (syncytial = کتلتی) پوشش کی وجہ سے، جنینی بافتوں کا ایک وسیع رقبہ دموی اجواف میں مادری خون کے زیر اثر آ جاتا ہے، جو کہ جنین اور ماں کے درمیان اشیاء غذائیہ، فضلات، اور گیسوں کا آسانی تبادلہ کرنے کے لئے ایک ضروری چیز ہے۔ کوریانک (سلوی) (یعنی جنینی) عروق کا خون، مادری خون سے صرف ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) تو صلی بافت کی ایک پتلی تہ، اور جنینی عروق شعریہ کے درحلی استر کے ذریعہ جدا ہوتا ہے۔ اگر سنسٹیم (syncytium = کتلتہ الخلائیہ) سالم رہے اور ولائی (خللات) کو مادری خون کی خوب رسد پہنچتی رہے، تو ولائی (خللات) سے متماس مادری خون سیال رہتا ہے۔ لیکن اگر کوئی ولس (خملہ) کسی وجہ سے اپنی دموی رسد سے محروم ہو جائے، تو اس ولس (خملہ) میں انحطاط ہونا شروع ہو جاتا ہے اور اس سے متماس خون سیال نہیں رہتا۔ بلکہ مادری خون سے فائبرن (fibrin) پیدا ہو کر اس ضرر رسیدہ ولس (خملہ) پر جمع جاتی ہے، جس سے ایک ٹھوس پلینٹل ان فارکٹ (placental infarct = مشیمی سداد) پیدا ہو جاتا ہے۔

باب دوم

پورے وقت کا پلینٹا (placenta = مشیمہ)

پورے وقت کا پلینٹا (مشیمہ) شکل میں مستدیر ہوتا ہے۔ یہ ایک اسفنجی قرص کی مانند ہوتا ہے، اور قطر میں اسے لیکرہ انچہ ہوتا ہے۔ یہ امبلیئیکل کارڈ (جبل السری) کے مقام اذلال کے پاس تقریباً ایک انچہ موٹا ہوتا ہے، بشرطیکہ کارڈ (جبل) مرکز پر واقع ہو۔ اس کا کنارہ متمیز اور مرکزی حصہ سے بہت زیادہ تپلا ہوتا ہے، اور مرکز سے محیط کی طرف جائیں تو اس کی موٹائی گھٹتی جاتی ہے۔ پورے وقت کے پلینٹا (مشیمہ) کا وزن تقریباً ایک پونڈ ہوتا ہے۔ پلینٹا (مشیمہ) جس بچہ کو رسد دیتا ہے قدرتا اس کے لحاظ سے جسامت اور وزن میں اختلاف پذیر ہوتا ہے، لیکن بعض مرض کی حالتوں میں ممکن ہے یہ اس سے بہت زیادہ بڑا ہو کہ جتنی بچہ کے وزن کے لحاظ سے توقع کیجا سکتی ہے۔

پلینٹا (مشیمہ) کی ایک جنینی اور ایک مادری سطح ہوتی ہے۔

جنینی سطح، اینیان (amnion = انفس) سے ڈھکی ہوتی ہے یہ چھونے

پر ملائم معلوم ہوتی ہے، اور اس کے نیچے عروق دموی دکھائی دیتے ہیں، جو امبلیئیکل کارڈ (جبل السری) کے مقام ادخال سے شعاعوں کی مانند پھیلے ہوئے ہوتے ہیں اینیان (انفس) پلینٹل (مشیمی) کنارے کے ساتھ ہموار رہتے ہوئے رجمی دیوار پر چڑھ جاتا ہے اور کوریان

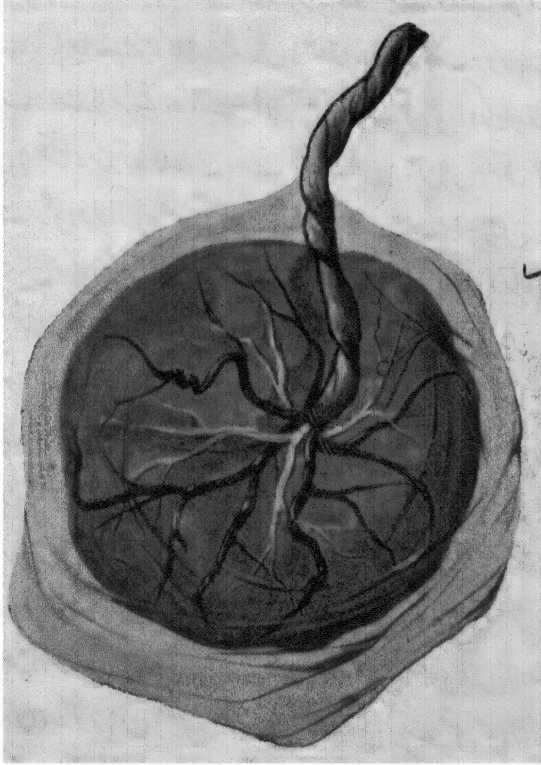
(سلی) اور منقوط ڈیڈوا (غشاء ساقط) کے ذریعہ اس کے ساتھ چسپاں ہوتا ہے۔

مادری سطح، چھونے پر کھر دری اور اسفنجی معلوم ہوتی ہے، اور متعدد گول گول یا

کثیر الافصلاع رقبہ پیش کرتی ہے، جو کائی لیڈنز (= cotyledons = فلقات) کے نام سے موسوم ہیں۔ ہر کائی لیڈن (= cotyledon = فلقہ) مرکز پر سے سیکرہ متعذب ہوتا ہے، اور اس کے ارد گرد ایک آتملا میزاب پایا جاتا ہے جو کائی لیڈنوں (فلقات) کو ایک دوسرے سے جدا کرتا ہے۔ مادری سطح کا رنگ دھندلا سرخ ہوتا ہے، اور سطح پر ایک پتلی سی اور سیکرہ پر شمش دار نہ ہوتی ہے۔ یہ ڈیڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) کے باقیات ہیں، جن میں انحطاطی تغیرات ہو چکے ہیں اور جن کے بیج سے رحمی دیوار کی ملحدگی کا خط گذرتا ہے۔ ڈیڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) ایک غیر متغیر نمونہ میں، کائی لیڈنوں (فلقات) پر اور ان کے درمیانی میزابوں پر مسلسل ہوتا ہے۔ ڈیڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی) کو شریانیں اور وریدیں چھیدتی ہیں، جو مادری بلڈ پیس (دموی فضا) کو رسد پہنچاتی اور اس سے سیلیت کرواتی ہیں۔ مادری سطح بسا اوقات کڑکری محسوس ہوتی ہے، جو کہ چھوٹے چھوٹے منقوط رقبہ جات کی تھکلیس (calcification) کا نتیجہ ہے۔

اگر پلینٹا (مشیمہ) کی موٹائی کے واپارہ انیان (انفس) سے شروع کر کے، ایک تراش بنائی جائے تو مندرجہ ذیل ساختیں نکلیں گی۔ انیان (انفس)، کوریان (سلی)، کوریانک لائی (سلوی خلات) کے بڑے بڑے تنے، ولائی (خللات) کی جانبی شاخیں، انٹروس بلڈ پیس (بین الخلاتی دموی فضا)، بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنوں کی ڈیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپیدگی، مادری بلڈ پیس (دموی فضا) کا استر اور آئندہ ڈیڈوا بیزلیس (غشاء ساقط قاعدی)۔ کوریان (سلی) تو صیلی بافت کی ایک پتلی سی تہ معلوم ہوتی ہے جو انیان (انفس) کے ساتھ ڈھیلی جڑی ہوتی ہے، اور اس میں بڑے بڑے عروق دموی، امبلانیکل کارڈ (جل السری) کی طرف جاتے اور اس سے آتے ہیں۔ کوریان (سلی) میں سے بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنے بطور شاخوں کے نکلتے ہیں، اور اکثر تنے پلینٹا (مشیمہ) میں سے سیدھے گذرتے ہوئے ڈیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپاں ہو جاتے ہیں اور دونوں سطحوں کو باہم ملا دیتے ہیں۔ بعض تنے ڈیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپاں نہیں ہوتے، بلکہ کثرت سے شاخیں نکالتے ہوئے ایک شجر نما گچھا بن جاتے ہیں جن سے انٹروس پیس (بین الخلاتی فضا) قریب قریب بھری ہوئی ہوتی ہے۔ اگر پلینٹا (مشیمہ) کی کسی ایک سطح کو کاٹا جائے تو

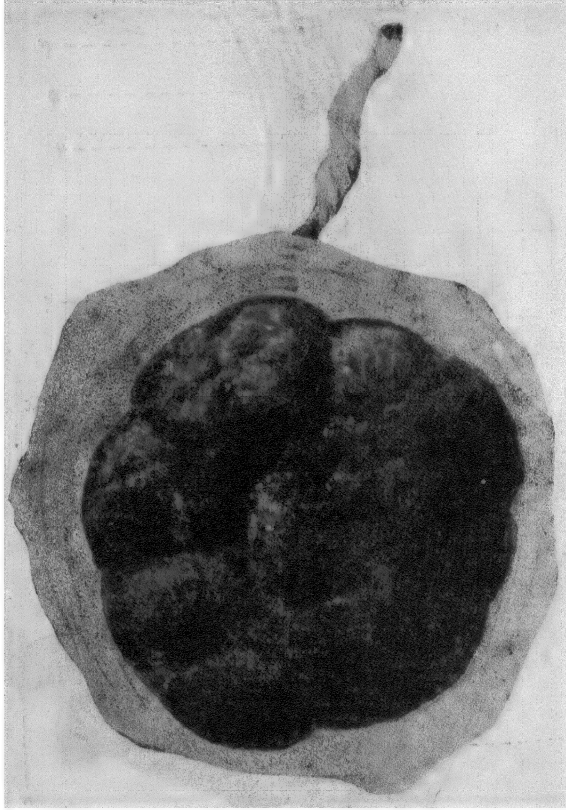
اس سے قدرتا مادری بلڈ پیس (دموی فضا) کھل جاتی ہے اور اندر کے ولانی (خلات) متضرر ہو جاتے ہیں۔ اگر مادری بلڈ پیس (دموی فضا) کو دھوکہ اس میں سے خون نکال دیا جائے، تو ولانی (خلات) کے شجر نما گچھے خاکستری رنگ کے اور لٹکے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ طبعی علیحدگی کے بعد قدرتا مادری فضا کا خون بہ کر نکل جاتا ہے، لیکن جنینی خون بالکل ضائع نہیں ہوتا، اسلئے



تصویر ۱۶۔ طبعی پلینٹا (مشیمہ) جو کہ جنینی سطح کو ظاہر کرتا ہے۔

کہ طبعی علیحدگی کے دوران میں کوئی ولس (خملہ) نہیں ٹھپتا اور نہ متضرر ہوتا ہے۔ چنانچہ اگر کوئی بچہ معہ پلینٹا (مشیمہ) کے خارج ہوا ہو اور اسکے کارڈ (جمل) کو گرہ نہ دی گئی ہو، تو اس کو اپنے حال پر چھوڑا جاسکتا ہے اور نہ تو کوئی جنینی خون ضائع ہوتا ہے اور نہ بچہ کو کسی قسم کی تکلیف ہوتی ہے۔

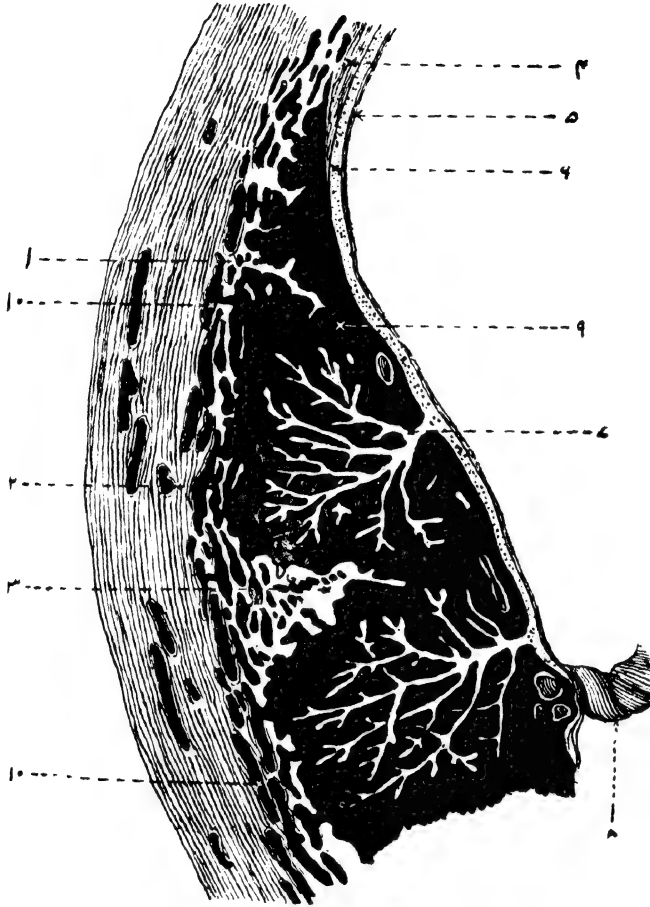
مذکورہ بالا سے یہ معلوم ہو گیا ہو گا کہ پلینٹا (مشیمہ) کا ایک بہت بڑا حصہ، جنینی الاصل ہوتا ہے، اور واحد مادری بافت جو اس کی تکوین میں حصہ لیتی ہے، ڈیڈ وائزلیس (غشاء ساقط قاعدی) اور ماں کا خون ہوتا ہے۔ انٹرولس بلڈ سپیس (بین الخلاقی دموی فضا) کے استر کے



تصویر ۱۔ طبعی پلینٹا (مشیمہ) جس میں مادری سطح دکھائی گئی ہے جو کہ کافی لیڈنز (فلقات) میں منقسم ہے۔

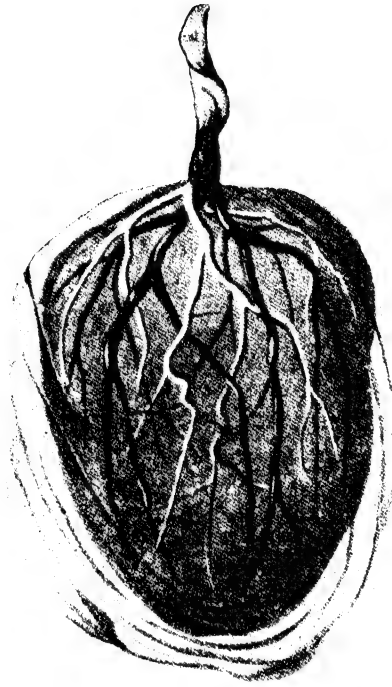
متعلق یہ بتایا جا چکا ہے کہ یہ دراصل ٹروفوبلاست (نامضہ پرورشی) کی سنسٹائی (syncytial = کثنتی) تہ ہوتی ہے جو تمام ولس (خلی) آمنوں کے اوپر مسل ہوتی ہے، اور ڈیڈ وائزلیس (غشاء ساقط) کے اس حصہ پر جو ولوائی (خلی) چسپید گیوں کے درمیان ہوتا ہے استر کرتی ہے۔

ڈیڈوا (غشاء ساقط) کی عمیق ترین تہوں میں جو دموی مجریات انٹرولس بلڈ پیس (بین الخلاق فضا) کو رسد پہنچاتے اور اس سے تسلیت کرتے ہیں، وہ مادری شریانوں اور



- تصویر ۱ - پلینٹا (مشیمہ) اور رحمی دیوار کی خاکہ نما تراشش -
- ۱ - کوریونک ولس (سلوی غلہ) رحم سے چسپاں ہے - ۲ - ولس (غلہ) کی آزاد شاخ -
 - ۳ - ولس (غلہ) میں ایک عروق دموی (جنینی) - ۴ - ڈیڈوا (غشاء ساقط) - ۵ - انیٹا (انفس) - ۶ - کوریان (سلی) - ۷ - ایک ولس (غلہ) کا بڑا تہ - ۸ - امبلیکیل کارڈ (جبل السری) - ۹ - انٹرولس بلڈ پیس (بین الخلاق دموی فضا) - ۱۰ - رحمی جوف جو کہ انٹرولس بلڈ پیس (بین الخلاق دموی فضا) کو رسد دیتا ہے یا اس کی تسلیت کرتا ہے -

وریدوں کے ساتھ مسلسل ہوتے ہیں، تاہم یہ محض پتلی دیواروں والے اجواف ہوتے ہیں اور ہر قسم کے عضلی طبقہ سے مبرا ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جاسکتا ہے کہ جنینی عروق، یعنی دوشریان اور ایک اورید، انیان (انفس) کے نیچے، اور امبلئیکل کارڈ (جبل السری) سے باہر کو، پھیلتی، اور جداگانہ شاخیں دیتی ہیں، اور پلینٹا (مشیمہ) کے کنارہ تک پہنچنے سے قبل کوریانک (سلوی)



تصویر ۱۹۔ بیٹل ڈورپلینٹا (مشیمہ طباطبہ)۔

توں میں گم ہو جاتی ہیں۔ پلینٹا (مشیمہ) کے محیط کے گرد کم و بیش مکمل طور پر گزرتا ہوا، ایک پتلی دیوار والا وید مجرئی ہوتا ہے، جو پلینٹا (مشیمہ) کے سرکولر سائنس (circular sinus = متدیر جوف) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ، انٹرولس سپیس (بین الخملاتی فضا) سے خون کی مسیلت کرنے میں

مدد دیتا ہے۔ اس سرکلورائٹس (متدیروجف) کا ولادت سے قبل مشقوق ہو جانا علم میں آیا ہو جس سے شدید بلکہ مہلک مادری نرف ہو جاتا ہے۔

27

پلیسٹا (مشیمہ) میں انخطاطی تغیرات - پلیسٹا (مشیمہ) میں انخطاطی

تغیرات، طبعی طور پر، تقریباً ۲۸ ویں ہفتہ سے لیکر وقوع پذیر ہوتے ہیں اور وائٹ ان فارکٹز (white infarcts = سفید سدا دلوں) اور ڈیڈ وائیز پلس (غشاء ساقط قاعدی) کے خلیات کی فائبرینی (fibrinous) تبدیلی کی صورت اختیار کرتے ہیں۔

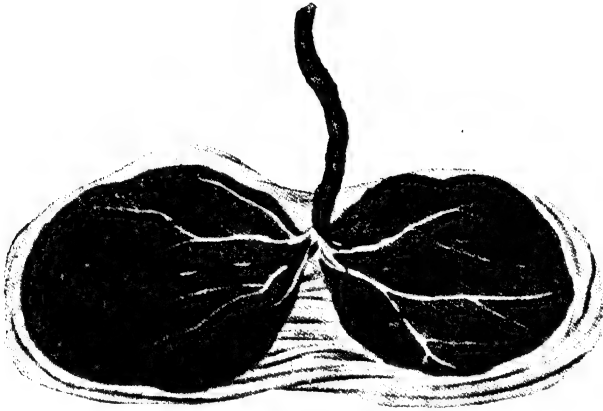
یہ سفید ان فارکٹز (سدا دے) بالعموم پلیسٹا (مشیمہ) کے حاشیہ کے گرد، اوکائی لیڈنوں (فلقات) کی سطح پر دیکھے جاتے ہیں۔ البتہ مرض کی حالت میں وہ پلیسٹا (مشیمہ) کے جرم میں، بڑے بڑے سرد چیزیں (cheesy = پنردار) تودوں کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ درحقیقت ان کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جو ولائی (خلات) جنین سے آنے والی دموی رسد سے محروم ہو جاتے ہیں، ان پر مادری خون سے فائبرین کی تہیں بیٹھ جاتی ہیں۔ اور ولائی (خلات) کے دموی رسد سے محروم ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ ولائی (خلات) کے جینی عروق، آبلریٹو اینڈ آرٹرائٹس (obliterative and arteritis = انسدادی الہتہا درشریانہ) کے عمل سے بتدریج مسدود ہو جاتے ہیں۔

اس عمل کا نتیجہ ہوتا ہے کہ ولائی (خلات) کے سروں کا تغذیہ زایل ہو جاتا ہے، اور ان کی سنٹیائی (syncytial = کتلتی) پوشش کو نقصان پہنچتا ہے۔ مادری خون، صرف ان ولائی (خلات) کے ساتھ متماس رہ کر ہی سیال رہ سکتا ہے جو نقصان نارسیدہ ہوں۔ لہذا جب ولائی (خلات) عملی طور پر مردہ بافتیں بن جاتی ہیں تو ان پر فائبرن (fibrin) تہ نشین ہو جاتی ہے، جو تہ بہ تہ جمتی، اور بتدریج بڑھتی ہوئی ٹھوس تودہ بن جاتی ہے، اور ولائی (خلات) کو باہم پیوست کر دیتی اور ان فارکٹ (infarct = سدا دے) بنا دیتی ہے۔ ولائی (خلات) کے ساتھ جو ڈیڈ وائیز پلس (غشاء ساقط قاعدی) متماس ہوتا ہے، وہ بتدریج اپنی خلوی ساخت کھودیتا ہے۔ اس میں خلوی خاکے محو ہو جاتے ہیں اور ان کا نخر بایہ مل کر ایک ہو جاتا ہے، اور وہ ایک میاسخت کی زجاجی یا فائبرینی (fibrinous) تہ بن جاتا ہے۔ طبعی طور پر جو علحدگی واقع ہوتی ہے وہ اسی منخط شدہ تہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے۔

28

بیان کیا جاتا ہے کہ اس تغیر کے ساتھ ساتھ ان دموی مجریات میں جو مادری بلڈ پیس (دموی فضا) کو رسد پہنچاتے ہیں، کسی قدر تنہا مہوزر (علقیہ) ہوتا ہے، جس سے ولانی (خللات) کے گرد و پیش کا مادری دوران خون ایک حد تک مرکب جاتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کے اقسام۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی اس معمولی ستدر قرص نما شکل کے علاوہ جس میں امبلاکل کارڈ (جبل السری) کا مقام ادخال مرکزی ہوتا ہے،



تصویر ۲۔ بائی پارٹائٹ پلیسنٹا (مشیمہ دو جزوی)۔

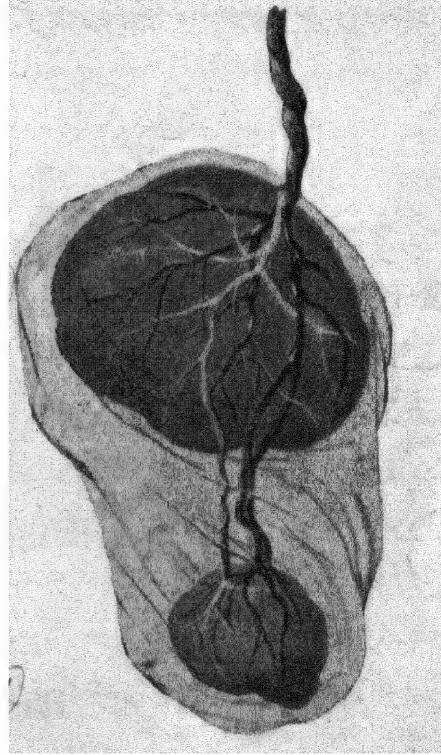
بلحاظ پلیسنٹا (مشیمہ) کی شکل کے اور بلحاظ کارڈ (جبل) کے مقام ادخال کے اختلافات بھی واقع ہو سکتے ہیں۔

ممکن ہے کارڈ (جبل) مرکز سے باہر واقع ہو، یا پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ کیساتھ چسپاں ہو۔ آخر الذکر صورت میں بیٹل ڈور پلیسنٹا (battle door placenta = مشیمہ طباطبائیہ) کا لفظ استعمال کیا جاتا ہے (تصویر ۱۹)۔

ایک اور قسم میں کارڈ (جبل) اغشیہ کے ساتھ، پلیسنٹا (مشیمہ) سے کچھ فاصلہ پر

چسکی ہوتی ہے اور عروق، اس چسکے سے شعاعوں کی مانند پھیلنے لگتے ہوئے پلینٹا (مشیمہ) کے حاشیہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ یہ پلینٹا وِلینٹوسا (placenta velamentosa = مشیمہ قناعیہ) کہلاتا ہے۔ یہ بچے کے لئے اس طرح وجہ خطر بن سکتا ہے کہ اگر عروق، کوریان (سلی) کے طریقہ حصہ کے آر پار گزرتے ہوں تو اغشیہ کے مشقوق ہونے پر وہ بھی پھٹ جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اگر بچہ کی مرعہ کرنا ضروری ہو تو فانی جائے تو فانی خون بہ کر بچہ کی موت واقع ہو جائے گی۔

مکمل ہے پلینٹا (مشیمہ) واحد قرص ہونے کی بجائے لختہ دار ہو، چنانچہ یہ کبھی بانی پارٹاٹ (bipartite = دو جزوئی) (تصویر ۲۰) اور کبھی ٹری پارٹاٹ (tripartite = تین جزوئی) ہوتا ہے۔ بعض اوقات پلینٹا (مشیمہ) سے کچھ فاصلہ پر ایک چھوٹا سا ضمیمہ لختہ نمویاب پایا جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک سے زیادہ ایسے ضمیمے لختہ پائے جائیں، پلینٹا سکنٹوریٹا (placenta succenturiata =



29

مشیمہ اضافی) کے نام سے موسوم ہے (تصویر ۲۱)۔ ایسی صورت میں ضمیمہ لختہ کے عروق دموی، کوریان (سلی) میں سے گزر کر بڑے پلینٹا (مشیمہ) کے حاشیہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ سکنٹوریٹ پلینٹا (مشیمہ اضافی) سرری اہمیت رکھتے ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ دوران اخراج میں وہ اغشیہ سے ٹوٹ جائیں اور رحم میں چپکے ہوئے یا آزاد حالت میں

تصویر ۲۱۔ پلینٹا سکنٹوریٹا (مشیمہ اضافی) جس میں کوریان (سلی) میں عروق دموی دکھائے گئے ہیں، جو کہ اصل پلینٹا (مشیمہ) کے حاشیہ سے نکل کر معین جزو میں جا رہے ہیں۔

پچھلے رہ جائیں۔ اس قسم کا حادثہ اسطرح شناخت ہوتا ہے کہ کوریان (سلی) میں جو سالم انیان (انفس) سے ڈھکا ہوتا ہے، ایک رخنہ دیکھا جاتا ہے، اور عروق پلینٹا (مشیمہ) سے نکل کر کوریان (سلی) میں ہوتے ہوئے اس رخنہ کی طرف جاتے معلوم ہوتے ہیں۔ انیان (انفس) اس لئے سالم رہتا ہے کہ یہ سخت ہونے کے باعث، ضمیمہ پلینٹا (مشیمہ) کی سطح سے الگ ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ 175)۔

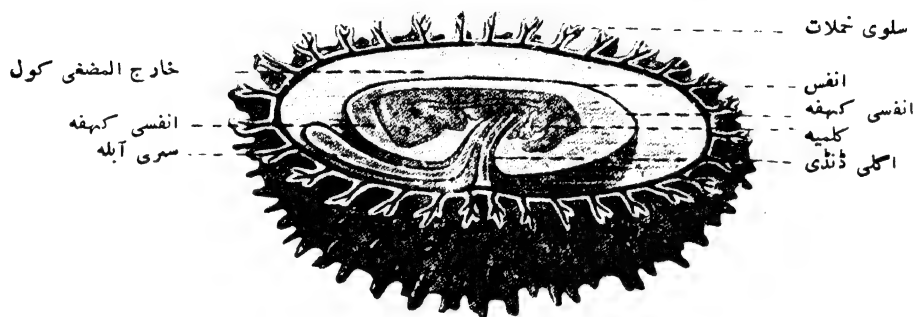
انیان (amnion = amnion)

انیان (انفس) کا اولین ظہور اسطرح ہوتا ہے کہ ایک یوٹرم (برجلد) اور ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) سے گھری ہوئی ایک کھوکھلی فضا پائی جاتی ہے۔ اس میں کم و بیش مکعب خلیات کا استر ہوا ہوتا ہے۔ یہ خلیات جلد ہی، اس حصہ میں کہ جس سے آخر میں امبریونک پلیٹ (embryonic plate = جنینی تختی) اور جنین بنتا ہے، زیادہ عمومی ہو جاتے ہیں۔ اینٹلک کیوٹی (انفسی کہف) پہلے پہل کم و بیش کرنا ہوتی ہے، لیکن جلد ہی چپٹی ہو کر جنین پر بیٹھ جاتی ہے، اور جنین کے ساتھ مضبوطی سے لگ جاتی ہے (دیکھو تصویر ۹، صفحہ 13) جب سر اور دم نمودار ہوتے ہیں اور جسمی دیواریں دوہری ہو کر جنینی سیلوم (coelom = کول) کے گرد احاطہ کر لیتی ہیں، تو ان کے حاشیوں سے چکا ہوا انیان (انفس) بھی ان کے ساتھ ساتھ دوہا ہوتا ہے۔ چنانچہ جنین اوپر کو اٹھ جاتا اور اینٹلک کیوٹی (انفسی کہف) میں ابھر جاتا ہے۔ جب جنین کا جسمی کہف مکمل طور پر بند ہو جاتا ہے، تو انیان (انفس) اس مقام کے گرد جہاں سے ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) نکلتا ہے، ہر جگہ چسپاں ہوتا ہے، جیسا کہ تصویر ۲۲ میں بتایا گیا ہے۔

اس زمانہ میں جنین مقابلتہ بہت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کا انیان (انفس) مضبوطی سے اس کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور بلاسٹوسٹ (نہوضی دورہ) کا کہف مقابلتہ بہت بڑا ہوتا ہے۔ اس کے بعد ایک بہت بڑا تغیر واقع ہونا شروع ہوتا ہے۔ اینٹلک کیوٹی (انفسی کہف) جنین کے لحاظ سے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہے، اور سال سے متمدد ہو جاتی ہے۔ اسکی یہ کلانی بتدریج بلاسٹوسٹ (نہوضی دورہ) کے کہف (یعنی اٹالیمینٹیل سیلوم extra-embryonic

(coelom = خارج المضعی کول) میں تداخل کرتی اور اس کو محو کر دیتی ہے۔ ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) کی اطالت ہو جاتی ہے، اور جنین انیا ملک کیوٹی (انفسی کہفہ) کے زیادہ اندر آ جاتا ہے۔ گویا انیا ملک کیوٹی (انفسی کہفہ) کے بڑھنے کا نتیجہ ہوتا ہے کہ انیان (انفس) باہر کو اطالت پذیر ڈنڈی کے ساتھ لپٹتا جاتا ہے اور ڈنڈی کا جہت لباس بن جاتا ہے، اور ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) امبلاکل کارڈ (جبل السری) بن جاتا ہے۔

یوکسیک (زردی تھیلے) کا بقیہ حصہ، اس اثنا میں اپنے مسمولات کے انجذاب کے باعث جو ہمیشہ قلیل المقدار ہوتے ہیں، بتدریج سکڑتا جاتا ہے، اور انیا ملک (انفسی) غبارہ



تصویر ۲۲۔ ایک ابتدائی مضغہ اور اس کی پوششوں کی تراش (خاکہ نما)

اور امبلاکل کارڈ (جبل السری) کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ بلاسٹوسٹ (نہوضی دورہ) کے کہفہ کے بتدریج اور مکمل امحاء کے بعد، انیان (انفس)، کوریان (سلی)، کے ساتھ متماثل ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ ڈھیلا جڑ جاتا ہے، اور ایک کایمزوڈرم (میان جلد) دوسرے کے میزوڈرم (میان جلد) سے جڑ جاتا ہے۔

انیا ملک کیوٹی (انفسی کہفہ) کے بڑھاؤ کی وجہ یہ ہے کہ اس کے ایکٹوڈرمک (برجلی) استرے ایک سیال کا افزا ہوتا ہے۔ یہ سیال پہلے پہل ایک مخموس افزا ہوتا ہے لیکن بعد میں جب گردے اپنا فعل کرنا شروع کر دیتے ہیں تو ان کی وجہ سے اس سیال میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

انیامک کیو بی (انفسی کہفہ) کے بڑھاؤ سے جس طرح امبلا مکمل کارڈ (جمل السری) کا مکمل ابتداء عمل میں آتا ہے، اسی طرح انیان (انفس) پلیسٹا مشیمہ کی جنینی سطح سے بھی قریبی طور پر متماس ہو جاتا ہے، لہذا یہ سطح مکمل طور پر انیان (انفس) سے ڈھک جاتی ہے۔ انیان (انفس) اور پلیسٹا (مشیمہ) ڈھیلے طور پر جڑتے ہیں، اور ایک پورے وقت کے پلیسٹا (مشیمہ) میں ان کو کارڈ (جمل) کے مقام ادخال تک جدا کیا جاسکتا ہے۔

انیان (انفس) کا استر، پست عمودی قسم کے کیقدر چھوٹے اور موٹے سرطی خلیات کی واحدہ کا بسا ہوتا ہے۔ ان خلیات کی کوئی بہت باقاعدہ صف نہیں ہوتی، بلکہ کہیں کہیں کوئی خلیہ اپنے ساتھیوں سے آگے نکلا ہوا ہوتا ہے۔ ان خلیات کی نواتیں، اندرونی چپکے ہوئے کنارہ سے اتنی نزدیک نہیں ہوتیں کہ جنینی بیرونی کنارہ کے قریب ہوتی ہیں۔ مرحلہ ایک ڈھیلی تو صیلی بافت کی تہ کے ساتھ چسپاں ہوتا ہے جو اصل میز وڈرم (میان جلد) کی قائم مقام ہوتی ہے۔ چونکہ یہ تو صیلی بافت انیامک (انفسی) غشاء کے بیرونی جانب ہوتی ہے، لہذا یہ اس مائل تو صیلی بافت سے جو کوریان لیوی (chorion laeve = سلی المس) کے اندر کی طرف ہوتی ہے، قریبی طور پر لگی ہوتی ہے۔ یہ دونوں صرف چپکے ہی ہوتے ہیں اور عضوی طور پر متحد نہیں ہوتے، لہذا ان کو حل کے تمام زمانوں میں ایک دوسرے سے باسانی جدا کیا جاسکتا ہے۔

انیان (انفس) کا وہ حصہ جو امبلا مکمل کارڈ (جمل السری) کو ڈھانکتا ہے، کارڈ (جمل) کی تو صیلی بافت کے ساتھ نہایت قریبی طور پر متحد ہوتا ہے، اور اس کو باسانی اکھاڑا نہیں جاسکتا۔

انیامک فلوئڈ (amniotic fluid = رمل)۔ انیامک فلوئڈ (رمل) بالعموم خفیف سا گدلا ہوتا ہے، اس کی وجہ ٹھوس ذرات کی آمیزش ہے جو کہ جنینی جلد اور انیامک (انفسی) مرحلہ سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ اگر انیامک فلوئڈ (رمل) میں کچھ میکونیم (meconium = عقی) داخل ہو گیا ہو، (جس کے یہ معنی نہیں کہ جنین مردہ ہے) تو یہ بھی ممکن ہے کہ رمل بہتر رنگ سے ملون ہو۔

پورے وقت پر انیامک فلوئڈ (رمل) کے اجزاء ترکیبی خاصہ یکساں ہوتے ہیں۔ رمل کی کثافت نوعی تقریباً ۱۰۱۰ ہوتی ہے، بعض اوقات ۱۰۰۴ کی حد تک کم ہو جاتی ہے،

اور ابتدائی مہینوں میں ۱۰۲۵ کی حد تک بڑھ جاتی ہے۔ اس کے اندر غیر نامیاتی طمات، علی الخصوص قلوئی کلورائیڈ (chloride)، فاسفیٹ (phosphates)، سلفیٹ (sulphates) اور البیومن (albumin) پائے جاتے ہیں۔

یوریا (urea) پانچویں ہفتہ سے لیکر ترقی پذیر مقداروں میں پورے وقت تک موجود رہتا ہے۔ اس سیال میں ٹھوس مادہ بھی موجود ہوتا ہے، جو لیونگو (lanugo = زغب) (یہ جنین کی جلد کے بال ہوتے ہیں)، اور ایکٹوڈرملک (برآمدی) خلیات، اور بھڑے ہوئے سرخ، اور ورنکس کیز یوسا (vernix caseosa = دمام پھینی) سے مرکب ہوتا ہے۔

پورے وقت پر انیالک فلوئڈ (رہل) کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے، ۱۰ اور ۲۰ اوٹس کے درمیان ہر مقدار، طبعی تصور کی جاتی ہے۔ جنین کی جسامت کے لحاظ سے اس سیال کی مقدار حمل کے ابتدائی مہینوں میں بہت زیادہ ہوتی ہے اور اس وقت اس میں جنین آزادانہ تیرتا ہے۔ اس سیال کی اعظم مقدار تقریباً ۲۸ ویں سے لیکر ۳۲ ویں ہفتہ تک پائی جاتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس کے بعد اس کا کچھ حصہ جذب ہو جاتا ہے۔ لازماً یہ عملی طور پر ناقابل ثبوت ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بالکل مغالطہ ہی ہو، کیونکہ اگر جنین کی جسامت بڑھتی جائے اور انیالک فلوئڈ (رہل) کی مقدار اتنی ہی رہے، تو انیالک فلوئڈ جنین اور انیان (انفس) کے درمیان آکر پھیل جاتا اور کم نمایاں ہو جاتا ہے۔

لاگرا انیائی (liquor amnii = رہل) کا منبع کیا ہے، یہ امر ابھی تک تنازعہ فیہ ہے۔ لیکن اس کے متعلق بعض معلوم حقائق اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ انیالک رہل میں مادری اور جنینی دونوں خونوں کا جزو ہوتا ہے۔ خود انیان (انفس) میں دموی عروق بالکل نہیں ہوتے، البتہ اس کے براہ راست نیچے، اس جگہ جہاں یہ پلینٹا (مشیمہ) کو ڈھاکتا ہے، دموی عروق موجود ہوتے ہیں۔ تاہم یہ امر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ انیان (انفس) کی توصیلی باقت، سیالات سے تر رہتی ہے، اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ انیالک (انفسی) مرحلہ ایک افراز کن سطح کا کام دیتا ہوگا۔ اسی طرح یہ امر بھی یقینی ہے کہ مادری خون کے اجزاء انیالک کیوبی (انفسی کہف) کے اندر چلے جاسکتے ہیں، کیونکہ اگر ماں کے دوران خون میں کسی حل پذیر لونی مادہ (سودیم سلف انڈیگوٹ ایٹ sodium sulphindigotate)

کا اشراب کیا جائے تو یہ لاکر انیائی (رہل) میں چلا جاتا ہے گو کہ جنین کے پیشاب میں ظاہر نہیں ہوتا۔ علاوہ بریں یہ بھی ایک مشہور امر ہے کہ مادری گردوں کا مرض جس میں استسقا، موجود ہو، ہائڈرامنیاس (hydramnios = کثرت رہل) پیدا کر سکتا ہے، اور نیز اس سے جنین کا استسقا بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ کوئی میکافی حالتیں نہیں ہیں، جو رکود الدم یا وریدی اتلا سے پیدا ہوئی ہوں۔ بلکہ زیادہ اغلب یہ ہے کہ کسی سہمی مادہ کے دوران سے (مادری اور جنینی) عروقی دیواروں کو نقصان پہنچنے کا نتیجہ ہیں۔ جنین کی موت عاجل کی بعض صورتوں میں انیاٹک سیک (انفسی قصلے) میں آنا لاکر انیائی (liquor amnii = رہل) موجود ہوتا ہے کہ جو طبعی مقدار کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہوتا ہے، اور جنین بوجہ میسریشن (maceration = تعطین) یا ڈس انٹگریشن (disintegration = شکستہ) کے غائب ہو گیا ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں میں سیال، محض مادری عروق سے عبرت شاح کا نتیجہ ہوتا ہے۔

یوریا (urea) کی مقدار میں بتدریج اضافہ ہوتے ہوتے پورے وقت پر عظم مقدار ہو جانا دلیل مانا گیا ہے اس امر کی کہ جنین رحم کے اندر پیشاب کرتا ہے۔ رہل میں جنینی پیشاب کے لونی مادہ کا تقریباً مکمل طور پر مفقود ہونا تعجب انگیز نہیں ہے، بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ بچہ ولادت کے بعد جو پیشاب کرتا ہے وہ بھی پھپکی رنگت کا ہوتا ہے۔ مزید براں لاکر انیائی (رہل) میں جو طحات پائے جاتے ہیں وہ ان طحات سے جو جنینی پیشاب میں عام طور پر پائے جاتے ہیں، بہت ہی مماثل ہوتے ہیں۔

لاکر انیائی (liquor amnii) کے فوائد - اولاً یہ کہ لاکر انیائی

(رہل) جنین کو ایک ایسا محافظ واسطہ ہم پہنچاتا ہے جو اسے صدمات اور ہچکولوں سے بچاتا ہے، رحمی انقباضات کے پیدا کردہ دباؤ سے اسے مصئون رکھتا ہے، اور کم از کم ابتدائی مہینوں میں آزادانہ حرکت کے لئے بہت سی جگہ دیتا ہے۔ لاکر انیائی (رہل) جنینی بافتوں کے لئے منج سیال بھی ہے، کیونکہ اس میں کوئی شک نہیں کہ کچھ سیال گھلا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ جنین کے میکونیم (meconium = عقی) میں لینوگو (lanugo = زغب) اور سرملی جھکے ملتے ہیں۔ سوائے ان معنوں کے کہ یہ ایک ذخیرہ آب ہے، اس کو جنین کے لئے ذخیرہ تغذیہ تصور نہیں کیا جاسکتا کیونکہ اس میں البیومن (albumin) اور طحات کی مقدار

بہت ہی کم ہوتی ہے۔ (دوران وضع حمل میں لائکرافنیائی (رہل) ایک سیال فائے بنانے میں مدد دیتا ہے، جو رحمی انقباضات کے زیر اثر انٹرنل آس یوٹرائی = internal os uteri اندرونی غم رحم) کو اور قنال آف دی سروکس = canal of the cervix (عنق کی قنال) کو بتدریج کھول دیتا ہے۔ جب وضع حمل کے پہلے درجہ کے اختتام پر اغشیہ شقی ہوتے ہیں، تو لائکرافنیائی (رہل) برتھ قنال (ولادتی قنال) کو اوپر سے نیچے کی جانب ایک ایسے سیال سے دھو ڈالتا ہے، جو کم از کم عظیم العفونت ضرور ہوتا ہے) (دیکھو صفحہ 169)۔

امبلکل کارڈ (umbilical cord = حمل کی لکڑی)

33

امبلکل کارڈ (حمل کی لکڑی) یعنی فونیس (funis = رسن) جنین اور پلینٹا (مشیمہ) کے درمیان تعلق بناتی ہے۔ جیسا کہ بتایا جا چکا ہے، یہ ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) سے ماخوذ ہوتی ہے، اور اس کو ایکٹوڈرم (برادرم) کی ایک نہایت ہی چست پوشش حاصل ہوتی ہے۔ کارڈ (حمل) کا طول بالعموم ۲۰ انچ ہوتا ہے، لیکن یہ بہت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کارڈ (حمل) ۵ یا ۶ فٹ کی حد تک لمبی ہو، یا ۳ انچ کی حد تک چھوٹی ہو۔ بالعموم اس کی موٹائی چھٹکی کی موٹائی کے برابر ہوتی ہے لیکن یکساں نہیں ہوتی۔ بالعموم اس میں کریٹیں اور ورم نظر آتے ہیں، جو بعض اوقات امبلکل وین (umbilical vein = سرئی وین) کے اتساع کا نتیجہ ہوتے ہیں، لیکن زیادہ کثرت سے اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ وائرٹز جلی (Wharton's jelly = وارٹن کا فالودہ) محض مقامی طور پر زیادہ ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین مرحلہ پر کارڈ (حمل) سیدھی اور کثیف در چھپی ہوتی ہے، لیکن بعد ازاں (یعنی تیسرے مہینے جیسے ابتدائی زمانہ میں) یہ ایک مرغولہ دار مروڑ پیش کرتی ہے۔ یہ مروڑ ہمیشہ حقیقی نہیں ہوتا، بلکہ محض نظری التماس کا نتیجہ ہوتا ہے اور مشمول عروق دموی میں مروڑ پڑ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس مروڑ کے سبب کی توضیح نہیں ہوئی۔ متذکرہ بالا کریٹیں کہ جنکو بعض اوقات کاؤب گریں کہا جاتا ہے، ان کے سوا حمل میں عام طور پر ایک دو صادق گریں بھی پائی جاتی ہیں۔ یہ صادق گریں اس امر کا نتیجہ ہوتی ہیں کہ جنین کارڈ (حمل) کے کسی جنبر میں سے

گزر جاتا ہے۔ جب کوئی صادق گرہ ایک طویل مدت تک موجود رہی ہو تو گرہ کے مقام پر وہاٹنز جیلی (Wharton's jelly = وہارٹن کا فالودہ) دب جاتی ہے، اور مذبول ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی اس قسم کی گرہ کھینچ کر نہایت ہی مضبوط ہو جائے، تو ممکن ہے اس کے دوران غوٹیں رکاوٹ واقع ہو جائیں اور بچہ مر جائے۔ کارڈ (جمل) بسا اوقات بچہ کی گردن یا جسم کے گرد لپیٹی ہوئی ہوتی ہے، لیکن اس سے کوئی شدید دقت شاذ و نادر ہی پیش آتی ہے۔

امبلانکل کارڈ (جمل سری) کے اجزاء حسب ذیل ہوتے ہیں:-

۱۔ پوشش کا سرخلہ، انیان (انفس) کی طرح ایک واحد تر ہے۔

۲۔ وہارٹنز جیلی (Wharton's jelly = وہارٹن کا فالودہ)۔ یہ ایک مغالطی سلی

(myxomatous) تو میللی بافت ہے، جو اطالت پذیر تنعم زائعات والے غلیات سے،

اور ایک سریشی سیال سے مرکب ہوتی ہے۔ یہ جنینی تو میللی بافت کی ایک مخصوص شکل ہے۔

۳۔ عروق دموی۔ یہ اول اول چار ہوتے ہیں، دو شریانیں اور دو وریڈیں دونوں

امبلانکل (سری) وریڈیں تیسرے ہیپنے کے بعد متحد ہو کر واحد عروق بن جاتی ہیں۔ اور دونوں

امبلانکل (سری) شریانیں (یعنی ہائپوگیسٹرک = hypogastric = خنثی شریانیں) جنین

کی الیک (liac = حرقفی) شریانوں سے ماخوذ ہوتی ہیں، اور جنین سے پلینٹا (مشیمہ) کی

جانب خون لی جاتی ہیں۔ امبلانکل (سری) وریڈ، پلینٹا (مشیمہ) سے جنین کی جانب خون

لی جاتی ہے۔

۴۔ سری کیسک اور اسکی ویٹلائن ڈکٹ (vitteline duct = زردینی قنات)۔ یہ

یوکسیک (زردی قھیلے) کے سکڑے ہوئے باقیات ہیں، جو پلینٹا (مشیمہ) اور کارڈ

(جمل) کے باہمی چپکاؤ کے پاس، ایک نہایت ہی چھوٹے سے زرد جسم کی صورت میں پائے

جاتے ہیں۔

۵۔ النٹائس (allantois = گلمیہ)۔ یہ بعض اوقات ایک بند سرے والی انبوب

کی صورت میں پایا جاتا ہے، جو کارڈ (جمل) کے اندر بس ذرا ہی جاتی ہے، لیکن ہمیشہ جمل کے

اند تک نہیں پہنچتی۔ یہ جنین کے اندریوکیس (urachus = مریطا) اور شانہ متصل ہوتی ہے۔

باب سوّم

جنین کی بالیدگی اور عمومی نمو

جنین کا طول بیان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ابتدائی ہفتوں میں، بالعموم ناپ ورٹکس (vertex = قمر) سے لیکر کاکس (coccyx = عصعص) تک لئے جاتے ہیں، اور پانچویں مہینے کے آخر سے لیکر، ٹانگوں کے طول کا بھی لحاظ کیا جاتا ہے۔ نہایت ہی ابتدائی یعنی چھٹویں ہفتے تک، جنینوں میں ایک مزید دقت اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ سر آگے کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس مرحلہ پر جنین کا سب سے بڑا طول گردن کی پشت سے لیکر برتج (breech = سفلی) تک لیا جاتا ہے۔ ان طریقوں سے ناپنے پر جنین کا طول چار ہفتے کے اختتام پر ایک سنٹی میٹر سے کم ہوتا ہے، اور پھر (His) کے ۲۷-۳۰ یوم کے جنین کے مطابق ۵۷ ملی میٹر ہوتا ہے۔

۱۲ ہفتہ کے بعد یہ ناپ، ۷ سنٹی میٹر یعنی ۲ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔

۱۶ ہفتہ کے بعد، طول ۱۲.۵ سنٹی میٹر یعنی ۵ انچ ہوتا ہے۔

۲۰ ہفتہ کے بعد ورٹکس (قمر) سے لیکر ایڑی تک کل طول ۲۵ سنٹی میٹر یعنی ۱۰ انچ

ہوتا ہے۔

۲۴ ہفتہ کے بعد یہ ۳۰ سنٹی میٹر یعنی ۱۲ انچ ہوتا ہے۔

آئینک ویسیکلز (optic vesicles = بصری کیسک) اور آڈیٹری ویسیکلز (auditory vesicles = سمعی کیسک) سب قشطل ہوتے ہیں اور چار بڑیکیل کلنٹز (branchial clefts = خیشومی درزیں) اور ان کے گرد مینڈیبولر (mandibular = چانوی)، ہائڈ (hyoid = لائی) اور تین بڑیکیل (branchial = خیشومی) ڈنڈے دکھائی دیتے ہیں۔ گردن کی پشت سے لیکر دم تک دونوں طرف ہتھیل یا مریج تودوں کی صورت میں مینٹس کے پینتیس میز وڈرٹک سوائٹز (mesodermic somites = میان جلد چھلے) صاف صاف نظر آتے ہیں۔ سر کے بعد قلب اور جگر جنین کی سب سے زیادہ جسامت بناتے ہیں۔ ولفین رتجز (Woolffian ridges = ولفی ریموڈ) نمایاں ہو رہے ہوتے ہیں، اور جوارح، چھوٹی چھوٹی آبھری ہوئی کلیوں کی صورت میں موجود ہوتے ہیں۔

آٹھ ہفتے کے بعد جنین میں واضح طور پر انسانی صفات پائی جاتی ہیں، گوکہ ہم ہفتے تک جنین کی صفات وہی رہتی ہیں جو کہ اسی مرحلہ پر کسی دوسرے پستانیا کی جنین کی ہوتی ہیں۔ ہم سنٹی میٹر کا جنین اب ایک بہت ہی بڑی انیا تک کیو بی (انفسی کہف) میں پڑا ہے، انیان (انفس) کو ریان (سلی) کے ساتھ ملا ہوا ہوتا ہے، اور آکٹرالمیریا تک سیلوم (خارج المصغی کول) محو ہو گیا ہے۔ ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) اور یوکسیک (زردی تھیلے) کی ڈنڈی مکر ابلاکل کارڈ (جل السری) بنگلے ہیں، جو کہ انیان (انفس) سے لبوس ہے، اور ابتدائی چھوٹی آنت، جل کے قریبی متع سرے کے اندر موجود ہے۔ بڑی انسانی صفت یہ ہے کہ وہی قشطل مکمل ہو گئی ہے، یعنی اونیکیکری پلز (شمی گڑھوں) کے گرد کے حصص متحد ہو کر ناک بنگلے ہیں، اور ناک منہ سے جدا ہو گئی ہے۔ یہ صفت آٹھویں ہفتے کے آخر تک مکمل ہو جاتی ہے اسوقت کان بھی بیرونی طور پر بنا ہوتا ہے اور آئی بالز (eyeballs = متقات العین) کے گرد آنکھوں کے پونے نو دار ہو چکے ہوتے ہیں۔ احتشائی درزیں اب بند ہو چکی ہیں۔ جوارح بڑھ رہے ہیں اور ان کا منظر مفصل دار دکھائی دیتا ہے، اور ہاتھوں اور پیروں کی انگلیاں بنی ہوئی ہیں۔ اگلا جارج، نمو کی وسعت کے لحاظ سے پچھلے جارج سے ہمیشہ مقدم رہتا ہے۔ دم قریب قریب غائب ہو چکی ہے۔ دھڑ کی خمیدگی معتد بہ طور پر گھٹ چکی ہے، سر اٹھا ہوا ہے اور جنین کا بالائی سرا ورٹیکس (قمہ) سے بنا ہوتا ہے، نہ کہ گردن کی پشت سے۔

۱۲ ہفتے کے بعد ڈیڈو اکیمپولیرس (غشاء ماقط کیسوی) ڈسٹنڈا ویرا

(غشاء ساقط حقیقی) سے متحد ہو چکا ہوتا ہے، اور پلینٹا (مشیمہ) اپنی مکمل قرصی صورت اختیار کئے ہوئے ہے۔ انیان (انفس)، کوریانک سیک (سلوی تھیلے) کو تمام تر بھر دیتا ہے۔ امبلاکل کارڈ (جل السری) میں جو کہ ہنوز چھوٹی اور موٹی ہوتی ہے، ایک مخروط دار مروڑ عیلا ہوتا ہے۔ اور ابتدائی چھوٹی آنت مکمل طور پر جسمانی کہنہ میں واپس ہو گئی ہے۔ ہاتھوں اور پیروں کی انگلیوں کے ناخن نمودار ہو چکے ہیں۔ اور صفیں، جہانتک کہ بیرونی اعضا کا تعلق ہے، متفرق ہو چکی ہیں جنین کا طول ۷ سنٹی میٹر ہے، اور اس کا وزن تقریباً ۴ اونس ہے۔

سولہویں ہفتے کے بعد ۵ ۱۲ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۷-۸ اونس ہوتا ہے۔

جسم اور سر پر چھوٹے چھوٹے روئیں جو کہ لینوگو (lanugo = زغب) کے نام سے موسوم ہیں، ظاہر ہو چکے ہیں۔ یہ رنگ سے مترا ہوتے ہیں۔ جلد کی رنگت سرخی مائل پیازی ہوتی ہے، اور عضلات کی نمویابی کی وجہ سے جنین کی شکل فرہ ہو جاتی ہے۔ ایٹل قنال (anal canal = مبرزی قنال) نفوذ پذیر ہوتی ہے۔

بیسویں ہفتے کے بعد ۵ ۱۲ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تقریباً ایک پونڈ ہوتا ہے۔

اس کے بال زیادہ لانجے ہو جاتے ہیں۔ آنت میں خفیف طور پر صفراوی رنگت کا سیال ہوتا ہے، جو کہ میکونیم (meconium = عقی) کا پیش خیمہ ہے۔ ورنکس کیزیوس (vernix caseosa = دمام جہنی) بننا شروع ہو گیا ہے۔ یہ ایک چکنا مادہ ہوتا ہے جو ذہنی غد کے افراز اور مردہ ایپی ڈرک (epidermic = برادمی) خلیات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا فعل یہ ہے کہ جنین کی جلد گورل سے تعطین ہونے سے روکتا ہے۔ اب بازوؤں سے ٹانگیں زیادہ لانجی ہوتی جاتی ہیں۔ امبلاکل کارڈ (جل السری) کا چمکاؤ، پیوس (pubes = عانہ) سے دور ہوتا جاتا ہے، اور کارڈ (جل) شکم کے مرکز کے زیادہ قریب چپکی ہوتی ہے۔

چوبیسویں ہفتے کے بعد ۳ ۱۲ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تقریباً ۲ پونڈ ہوتا ہے۔

ورنکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جہنی) واضح طور پر پیدا ہو چکا ہے، اور بعض حصص پر اس سے غلاف بن رہا ہے۔ جلد بھری دار ہوتی ہے، بھوئیں اور پٹلیں نمودار ہو چکی ہیں۔

اور چاندنی کے بالوں میں لون بننا اور بالوں کا سیاہ ہونا شروع ہو گیا ہے۔

اٹھاسویں ہفتے کے بعد ۲ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تین پونڈ ہوتا ہے۔
زیر جلدی شحم زیادہ نمایاں ہو رہی ہے، اور جلد کی جھریاں غائب ہونا شروع ہو گئی ہیں۔ بینی
قناتوں میں خبیثے نظر آ رہے ہوتے ہیں، اور آنکھوں کے پوٹے کھل جاتے ہیں۔ اس زمانہ میں جنین
قابل حیات بیان کیا جاتا ہے، لیکن اس قسم کی قبل از میعاد ولادت کے بعد زندہ رہنے والے
بچوں کی تعداد بہت تھوڑی ہے۔

بتیسویں ہفتے کے بعد ۴ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۴ پونڈ سے اوپر ہوتا ہے
یہ پورے طور پر ونکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جینی) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے،
جو خاص طور پر چاندنی پر، اور بغلوں اور جنگکاسوں میں موٹا ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے ناخن قریب
قریب انگلیوں کی نوکوں تک پہنچتے ہیں، چاندنی کے بالوں کی لمبائی بڑھ جاتی ہے، اور
لینوگو (lanugo = زغب) غائب ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ جلد کی سرخ رنگت جسم کی
معمولی رنگت سے بدل جاتی ہے۔ اس زمانہ میں جو بچہ تولد ہوا اس کی بقا حیات کے خاصے
امکانات ہوتے ہیں، بشرطیکہ انتہائی طور پر عمدہ حالات موجود ہوں۔

چھتیسویں ہفتے کے بعد ۵ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۵ پونڈ سے اوپر ہوتا
ہے۔ جلدی اور شعری تیقات اس طرح جاری ہوتے ہیں جس طرح کہ یہ بتیسویں ہفتے میں جاری
ہوتے ہیں۔ چھتیسویں ہفتے سے ذرا ہی قبل ایک ٹیسٹیکل (testicle = خبیثہ) سکروٹم
(scrotum = مضم) میں اتر چکا ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے ناخن انگلیوں کی نوکوں تک
چاہنچتے ہیں، لیکن پیروں کے ناخن نہیں پہنچتے۔ اکثر بچے جو اس زمانہ میں تولد ہوتے ہیں
زندہ رہتے ہیں۔

37

چالیسویں ہفتے کے بعد جنین کا اوسط ناپ ۵۰ سنٹی میٹر ۲۰ انچ ہوتا ہے، اور
اس کا وزن ۶-۸ پونڈ ہوتا ہے۔ اس امر کی امارت کہ جنین پوری مدت کا ہو گیا ہے،

ہمیشہ واضح نہیں ہوتیں، لیکن ناپ اور وزن کو نہایت ہی اہم خیال کرنا چاہئے۔ اس کے علاوہ ہاتھوں کے ناخن بالعموم انگلیوں کی نوکوں سے آگے نکلے ہوتے ہیں، اور پیروں کے ناخن انگلیوں تک پہنچتے ہوتے ہیں۔ جلد ایسی سرخ نہیں ہوتی جیسی کہ ایک قبل از ميعاد بچہ میں ہوتی ہے۔ ساری کی ساری آنت میں میکونیم (meconium = عقی) پایا جاتا ہے۔ ناف عملی طور پر جسم کے مرکز پر ہوتی ہے۔ دونوں ٹیسٹیز (testes = خصیے) سکروٹم (scrotum = صفن) میں اتر چکے ہوتے ہیں۔ بالعموم صرف ایک ہی ایپی فیزز (epiphysis = برالہ) متعظم ہونا شروع ہوا ہے یعنی وہ جو کہ فیمر (femur = فخذیہ) کے زیرین سرے میں ہوتا ہے۔ لیکن یہ پوری مدت سے ذرا ہی پہلے ظاہر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معیار پر ٹیبیا (tibia = قصبیہ) اور ہومروس (humerus = ذراعیہ) کے بالائی ایپی فیزز (برالوں) کے مراکز تعظم ظاہر ہو چکے ہوں۔

ایک کامل الميعاد بچہ کا وزن بالعموم ۶-۸ پونڈ ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر اس مقدار سے متجاوز ہو جاتا ہے یا اس تک بھی نہیں پہنچتا۔ ۱۰ پونڈ وزن کے بچے شاذ نہیں ہیں، لیکن ۱۰ پونڈ سے زیادہ وزنی بچے قطعی طور پر شاذ ہیں۔ اگر ایک حقیقی طور پر کامل الميعاد بچہ کا وزن ۵ پونڈ سے نیچے ہو تو غالباً یہ بد تغذیہ اور کمزور ہوگا، اور اس کی بقا و حیات کا امکان بھی کم ہوگا۔ سب سے زیادہ وزنی بچے تب پیدا ہوتے ہیں جب ماں کی عمر ۲۵ اور ۲۵ سال کے درمیان ہو۔ بچہ کا وزن متوالی حمل میں بڑھ جاتا ہے، بشرطیکہ ماں کی عمر ۳۵ سال سے نیچے ہو۔ نہایت ہی نوجوانوں کے ہاں بالعموم چھوٹے بچے ہوتے ہیں۔ اوسط لیا جائے تو انات کی بہ نسبت، ذکور زیادہ وزنی ہوتے ہیں۔

جنینی دوران خون۔ املاک وین (ورید ستری)، پلینٹا (مشیمہ) سے

جنین کی طرف صاف خون لجاتی ہے۔ یہ جسم میں ناف کے مقام پر داخل ہوتی ہے، اور دو ثناخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک تو پورٹل وین (portal vein = بابی ورید) کے ساتھ ملکر جگر کو رسد پہنچاتی ہے اور دوسری جو کہ ڈکٹس وینوس (ductus venosus = قنۃ وریدیہ) کے نام سے موسوم ہے، سیدھی انفیریر وینا کیوا (inferior vena cava = تحتانی ورید اجوف) میں داخل ہو جاتی ہے۔ انفیریر وینا کیوا (تحتانی ورید اجوف) جگر سے

اور زیرین جوارح سے، اور ڈایا فرام (diaphragm = حجاب حاجز) کے نیچے کی جسمی دیوار سے بھی خون وصول کرتی ہے۔ چونکہ جوارح اور جسمی دیوار کے لئے بہت کم خون ضرورت ہوتی ہے، لہذا ان سے جو مقدار ملتی ہے وہ اگرچہ وریدی ہوتی ہے، تاہم اتنی کثیر انہیں ہوتی کہ ڈاکٹس وینوس (قناة وریدیہ) کے خون کو کسی بہت بڑی مدد تک گندہ کر سکے۔

چنانچہ صاف ترین خون یعنی وہ خون جو سب سے زیادہ آکسیجنی نیٹڈ (oxygenated = آکسیجن یافتہ) ہوتا ہے، دائیں اُذین کے ذریعہ انفریور وینا کیوا (تحتانی ورید ابووف) میں داخل ہوتا ہے۔ یوسٹیکائی والو (Eustachian valve = یوسٹیکائی کوٹری) اس خون کی صاف کاری بدل دیتا ہے اور اسے فورامن اوویل (foramen ovale = سوراخ بیضوی) کی راہ سے، بائیں آریکل (اُزین = auricle) میں پہنچا دیتا ہے۔

بائیں آریکل (اُزین) کا خون، مائٹل والو (mitral valve = طبعلی کوٹری) کے ذریعہ بائیں ونٹرکل (بطن = ventricle) میں چلا جاتا ہے، اور پھر ایارٹا (aorta = اورٹی) میں سے ہوتا ہوا، سر، گردن اور سپائنل کارڈ (spinal chord = نخاع) میں تقسیم ہو جاتا ہے، کیونکہ دماغ اور نخاع کے لئے جو کہ سب سے پہلے اور بہت زیادہ مہویاب ہوتے ہیں، صاف خون کی سب سے بڑی مقدار کی ضرورت ہوتی ہے۔

ان مقامات سے، خون سوپریر وینا کیوا (superior vena cava = فوقانی ورید ابووف) کے ذریعہ سے دائیں آریکل (اُزین) میں واپس ہوتا ہے۔ یہاں شاید یہ توقع پیدا ہو کہ یہ دھارا اس صاف خون کے ساتھ، جو کہ انفریور وینا کیوا (تحتانی ورید ابووف) کے ذریعہ داخل ہوتا ہے آمیز ہو جائیگی۔ لیکن ایسا نہیں ہوتا، کیونکہ ایک مرتبہ پھر یوسٹیکائی والو (Eustachian valve = یوسٹیکائی کوٹری) اپنا کام کرتا ہے، اور وریدی دھارا کے رخ کو ٹرائی کسپیڈ والو (tricuspid valve = مثلثی کوٹری) کے ذریعہ دائیں ونٹرکل (بطن) کی طرف کر دیتا ہے۔ یہاں سے یہ دھارا پلمری آرٹری (pulmonary artery = ریوی ثریان) میں داخل ہو جاتی ہے، اور پھر اس پلمری آرٹری (ریوی ثریان) سے ایک کثادہ مجری ڈاکٹس آرٹریوسس (ductus arteriosus = قناتہ ثریانہ) کے ذریعہ براہ راست ایارٹک آرچ (aortic arch = قوس اورٹی) میں داخل ہو جاتی ہے، البتہ یہ اس مقام سے

کہ جہاں سے، سر، گردن اور بالائی جوارح کے عروق نکلتے ہیں، آگے کر کے داخل ہوتی ہے۔

پھر یہ صددی اور شکمی ایارٹی (aortae = اور لمیات) میں سے گزرتی ہے، جن سے جسمی دیوار، امعاء معدہ، جگر اور نیز زیرین جوارح کو عروقی رسد پہنچتی ہے۔ لیکن وریدی خون کا اکثر حصہ، امبلاکل (سری) ہائپوگیسٹرک (hypogastric = مثلی) شریانوں کے ذریعہ جو کہ ایک (حرقفی) شریانوں کی شاخیں ہوتی ہیں، امبلاکل کارڈ (جل السری) کے ساتھ ساتھ براہ راست پلینٹا (مشیمہ) میں چلا جاتا ہے۔ اس سے دور پورا ہوجاتا ہے (پلیٹ ۱)۔

معلوم ہوا کہ جنین کو آکسیجینی نیٹڈ (آکسیجن یافتہ) خون، امبلاکل وین (سری ورید) کے ذریعہ وصول ہوتا ہے، اور یہ خون ہمیشہ سر میں تقسیم ہونے سے قبل وریدی خون کی چھوٹی چھوٹی مقداروں کے ساتھ آمیز ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ آمیزش اتنی نہیں ہوتی کہ خون حقیقی طور پر وریدی ہوجائے، لہذا تغذیہ کی اغراض کے لئے یہ خون کافی آکسیجن یافتہ رہتا ہے۔ اسی طرح وہ خون جو کہ جوارح کو پہنچتا ہے حقیقتاً وریدی ہوتا ہے، لیکن بالیدگی اور تغذیہ کے اغراض کے لئے کام دے جاتا ہے۔

ولادت پر جنینی دوران خون میں کیا تغیرات ہوتے ہیں۔

سب سے پہلا اہم تغیر وہ ہے جو کہ ولادت سے فوراً بعد بچہ کی تنفسی مساعی سے عمل میں آتا ہے۔ ششوں کے منتخج ہو جانے کی وجہ سے فی الفور یہ ضرورت پیدا ہوتی ہے کہ ان میں پلینٹری (pulmonary = ریوی) شریانوں کے ذریعہ خون کی ایک بہت بڑی رسد پہنچے۔ اس ضرورت کی وجہ سے ڈکٹس آرٹریوس (ductus arteriosus = قناتہ شریانیہ) کے راستہ سے خون کی روجانی بند ہوجاتی ہے، ڈکٹس وینوس (قناتہ شریانیہ) موٹی ہوجاتی ہے، اسکا درونہ معدوم ہوجاتا ہے، اور وہ ایک لینی جل بنجاتی ہے۔

اب جو خون ششوں سے واپس ہوتا ہے وہ وریدی نہیں بلکہ آکسیجینی نیٹڈ (آکسیجن یافتہ) ہوتا ہے، اور بائیں آرٹیکل (آڈین) سے داخل ہو کر بائیں ونٹریکل (بطین) میں چلا جاتا ہے، اور پھر ایارٹا (aorta = اورٹی) اور اس کی شاخوں کے ذریعہ تمام جسم میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ جب شیمی دوران خون ایک دم موقوف ہوجاتا ہے، تو امبلاکل وین (سری ورید) اور ڈکٹس وینوس (ductus arteriosus = قناتہ وریدی) اپنی دموی رو سے محروم ہوجاتے ہیں، اور مہبوط اور خالی ہوجاتے ہیں، اور بتدریج مذبول ہو کر ایک لینی جل میں

مبدل ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح املاکل (سٹری) [یعنی ہائپوگیٹرک ختلی] شریانیں بھی جلدی خون لیجانا موقوف کر دیتی ہیں اور ناف کے مقام پر پلینٹا (مشیمہ) سے منقطع ہو جاتی ہیں۔ لہذا یہ بھی بند ہو کر لیفی احبال بن جاتی ہیں اور بالغ میں محوشدہ ہائپوگیٹرک (ختلی) شریانوں کی صورت میں بدستور شناخت کی جاسکتی ہیں۔

چونکہ جوئے خون کا قلبی مہر تبدیل ہو جاتا ہے، یعنی بجائے اسکے کہ خون فوراً من اوویل (سوراخ بیضوی) کی راہ سے دائیں آریکل (اُذین) سے بائیں آریکل (اُذین) میں جائے یہ دونوں طرف آریکل (اُذین) سے ونٹریکل (بطنین) کی طرف جانے لگتا ہے، لہذا فوراً من اوویل (سوراخ بیضوی) بیکار ہو جاتا ہے اور اس میں سے کچھ خون نہیں گذرتا۔ چنانچہ یہ رفتہ رفتہ بند ہو جاتا ہے، اور فوسا اوولس (fossa ovalis = حفرہ بیضوی) کی کواڑی کا الالی کنارہ، لمبس ویوسنس (limbus vieusen's = ویوسنس کے حافہ) سے مل جاتا ہے۔ یہ مسدودیت فی الفور عمل میں نہیں آتی بلکہ اس کے مکمل ہونے میں کئی مہینے لگتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سوراخ کبھی پورے طور پر مسدود نہیں ہوتا، اور اس صورت میں ایک قسم کا ختلی مرض قلب پیدا ہو جاتا ہے، جس کو مارلس سرولس (morbus cœruleus = زراق نومولود) کہتے ہیں، اور اس میں مریض کی شکل و صورت نیلی یا ازرق ہو جاتی ہے۔ ہائپوگیٹرک (ختلی) شریانیں بالعموم چوتھے دن تک اور ڈاکٹس وینوس (قناة شریانہ) ساتویں یا آٹھویں دن تک مکمل طور پر مسدود ہو جاتی ہیں۔

جنین کی موت کی تشخیص - رحم کے اندر جنین کی موت، قطع نظر

اس موت کے جو دوران وضع حمل میں ہوتی ہے، بہت عام واقعہ نہیں ہے، لیکن جب واقعہ ہوتی ہے تو تشخیص میں قمتیں پیدا کرتی ہے۔

بالعموم پہلے پہل مریضہ ہی اس کے امکان کی طرف توجہ دلاتی ہے، اس بنا پر کہ یا تو اس کو جنینی حرکات بالکل محسوس نہیں ہوتیں یا محسوس ہونے کے بعد وہ موقوف ہوگئی ہوتی ہیں۔ جنینی حرکات اگر بالکل محسوس نہ ہوتی ہوں، تو اس کا یہ لازمی نتیجہ نہیں ہے کہ بچہ مردہ ہے، البتہ اگر حرکات کو صاف صاف طور پر محسوس کر چکنے کے بعد دوبارہ محسوس نہ کیا جاسکتا ہو تو یہ موت کی زبردست قرآینی شہادت ہے۔

مرا ہوا جنین بسا اوقات معتد بہ عرصہ تک رحم کے اندر محبوس رہتا ہے لیکن یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ اگلے ماہواری ایام میں (یعنی جب حیض ہونے کی توقع ہوتی ہے) رحمی انقباضات شروع ہو جاتے ہیں اور جنین کم و بیش سیریلڈ (تطعین شدہ) حالت میں خارج ہو جاتا ہے۔ استثنائی مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ قلب ایک مرتبہ سنائی دیتا ہے، اور پھر اسکے بعد ماں کو نہ تو جنینی حرکات محسوس ہوتی ہیں اور نہ جنینی قلب ہی دوبارہ معلوم ہو سکتا ہے، جنینی موت کی یہ نہایت ہی قوی قرآینی شہادت ہے۔ لیکن بالعموم استماع پہلے پہل اسی وقت کیا جاتا ہے جب جنین کو مردہ خیال کیا جاتا ہے۔ ایسی صورت میں بار بار امتحان کرنے پر بھی جنینی قلب نہ سن سکا، یا جنینی حرکات نہ محسوس کر سکا، جنین کی موت کی زبردست قرآینی شہادت ہے۔

40

جب جنین مر جاتا ہے تو پستانوں میں قہقری تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، اور پتائیں نرم اور لپیلی ہو جاتی ہیں، اور بڑھنا موقوف کر دیتی ہیں۔ بعض اوقات ماں کو جنین میں تلاطم انگیز حرکات معلوم ہوتی ہیں، جو اس حد تک پہنچتی ہیں کہ اس کو درد ہونے لگتا ہے، اور اس کے بعد یہ حرکات، ماں کے قول کے مطابق، موقوف ہو جاتی ہیں۔ ماں کے بیانات پر ضرورت سے زیادہ اعتماد نہیں کرنا چاہئے، لیکن اگر جنینی حرکات، اصوات قلب کا فقدان، اور پستان کے قہقری تغیرات بھی پائے جائیں، اور ساتھ ساتھ کالیان بھی موجود ہو، تو جنین کی موت تقریباً درجہ یقین تک پہنچ جاتی ہے۔

حل کے لئے زونڈک (Zondak) اور ایشیم (Aschheim) کا کاشفہ

جنین کی موت تشخیص کرنے میں کچھ قیمت نہیں رکھتا، الا اس وقت جبکہ مینفی ہو۔ ممکن ہے یہ کاشفہ جنین کی موت کے بعد کئی ہفتہ تک مثبت رہے۔

اس سے زیادہ دشوار امر یہ ہے کہ جنین کی موت کو سولہویں ہفتہ سے قبل، یا ابوقت جبکہ ابھی کوئی حرکت محسوس نہ ہوئی ہو، یقینی طور پر معلوم کیا جائے۔ یہ سوال بالعموم مفلوظ کے ضمن میں جبکہ رحمی زنف اور درد ہوتا ہے، پیش آتا ہے۔ اگر زنف واقع ہوا ہے تو یہ ضرور نہیں کہ جنین مردہ ہی ہے، خواہ زنف بڑی دیر تک کیوں نہ جاری رہا ہو۔ اگر مہلکی رطوبت بھوری اور بدبودار ہو تو اس صورت میں جنین کے مردہ ہونے کا زیادہ احتمال ہے، بہ نسبت اس صورت کے جبکہ رطوبت شوخ سرخ اور خوشبودار ہو۔

قطع نظر اس صورت کے جبکہ دوسری وجوہات کی بناء پر اسقاط حمل کا وقوع ناگزیر تصور کیا جائے اور زرف اتنا شدید ہو کہ مداخلت کو ضروری بنا دے، رحم کو اپنے حال پر چھوڑ دینا چاہئے۔ پھر کچھ دیر کے بعد یہ معلوم ہو جائے گا کہ آیا رحم مسلسل بڑا ہو رہا ہے۔ [جو کہ جینین کے زندہ ہونے کا ایک یقینی ثبوت ہے بشرطیکہ ہائیڈیٹیفارم مو = hydatidiform mole کیسہ نما جینین کا ذب موجود نہ ہو] اور یہ کہ آیا پستانیں مسلسل نمو یاب ہو رہی ہیں۔ لیکن اگر رحم کا بڑھنا یا اسکی کثافت کا بدلنا موقوف ہو جائے چنانچہ اکثر جسم بہت ہی سخت ہو جاتا ہے [مثلاً اس صورت کے کہ جس میں کوئی کانٹریس مول (carneous mole = لحمی وحمہ) ہوتا ہے]، اور اگر پستانیں بڑھنا موقوف کر دیں، اور شاید اگر مازنگ سکنس (morning sickness = صبح کی متلی) بند ہو جائے، تو یہ نتیجہ نکالنے میں کوئی حرج نہیں کہ جینین مردہ ہے، اور مداخلت جائز ہے۔

اگر کوئی مشکوک اصابت ہو لیکن ماں کسی زرف کے سے خطرہ میں نہ ہو، تو سب سے زیادہ سلامتی بخش طریقہ یہ ہوگا کہ انتظار کر کے معلوم کیا جائے کہ آیا حمل کی ترقی پذیر امارات موجود ہیں یا نہیں۔

باب چہارم

فعلیاتی تغیرات جو کہ حمل کی وجہ سے واقع ہوتے ہیں

رحم - چونکہ مضغہ اور اس کے پلینٹا (مشیمہ) کی جسامت بڑھتی جاتی ہے لہذا رحم میں تغیرات واقع ہوتے ہیں تاکہ یہ ایک ضارف عضو کی حیثیت سے متوافق ہو جائے اور وضع حمل شروع ہونے پر اخراج جنین پر قادر ہو۔ یہ تغیرات زیادتی جسامت، عضلی طبقات کی بیش پروردگی، سروکس (cervix = عنق) کے رنگین و طائم ہونے، اور رحم کے لوئر سیگمنٹ (lower segment = قطعہ اسفل) کے فعلیاتی ارتخاد پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رحم کی جسامت میں زیادتی - رحم کی جسامت کی زیادتی خصوصیت کے ساتھ عضلی طبقات کی بیش بالیدگی اور عروقی تمدد کی افزونی کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ زیادتی جسامت شروع میں زیادہ تر فندس (fundus = قعر) اور جسم رحم کے بالائی حصہ تک محدود رہتی ہے، لہذا جسم کی شکل زیادہ گلوب نما ہوتی ہے، بمقابلہ ناسشیاتی کی شکل کے جو وہ بعد میں اختیار کرتا ہے۔ تیسرے ماہ کے آخر میں رحم کا جسم تقریباً کروی ہوتا ہے۔

اور اس کا لوئر سیگنٹ (قطعہ اسفل) اور سروکس (cervix = عنق) ایک مسلسل قنال بناتے ہیں جس کے اندر مہضہ کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ بعدہ لوئر سیگنٹ (قطعہ اسفل) بھی شمع ہو جاتا ہے، اور اووم اُس میں اتر جاتا ہے، چنانچہ رحم کی شکل بتدریج زیادہ ناشپاتی بنا ہو جاتی ہے جس کا چوڑا حصہ اوپر کی جانب ہوتا ہے۔

انہی کے تین ہفتوں میں فڈس (قعر)، اس وقت جبکہ حاملہ عورت کھڑی حالت میں ہو اسے سیدر نیچے چلا جاتا ہے، چنانچہ وہ چالیس ہفتوں میں بھی اُسی لیول پر ہوتا ہے جس پر کہ چھتیس ہفتوں میں ہوتا ہے۔

قدرتِ ناپ کسی حد تک اختیاری ہیں، اور اکثر یقین کے ساتھ ان کا اندازہ نہیں کیا جاسکتا۔ شکی دیوار میں چربی کی مقدار ان ناپوں میں سیدر اختلاف پیدا کرتی ہے۔ اگر ”اتنے ہینوں کا نم“ کہا جائے تو ابہام پیدا ہوتا ہے، کیونکہ معلوم نہیں ہوتا کہ ہینوں سے مراد تقویمی ہینے ہیں یا قمری۔ لہذا ندولت میں یہ زیادہ بہتر ہے کہ ”اتنے ہفتوں کا نم“ کہا جائے، کیونکہ اس سے مذکورہ بالا ابہام رفع ہو جاتا ہے۔ ایس میکڈانلڈ (Ellice Macdonald) نے ثابت کیا ہے کہ پانچویں ہینے کے بعد رحم کی اوپر واریٹی کا اضافہ، ہر چار ہفتے میں اوسطاً ۵.۳ سنٹی میٹر کی رفتار سے ہوتا ہے، اور اس سے مدت حمل کے اندازہ کرنے کا ایک طریقہ اخذ کیا ہے۔ اگر رحمی فڈس (قعر) کی بلندی، [کیلپروں (callipers = طول پیمیا) کے ذریعہ] ہفمز پر پوز (symphysis pubes =

ارتفاع مانہ) کی چوٹی سے لیکر سنٹی میٹروں میں ناپی جائے، اور حاصل شدہ عدد کو ۳.۵ سے تقسیم کیا جائے، تو اس سے قمری ہینوں کی تعداد کہ جن میں حمل قائم رہا ہے حاصل ہوتی ہے۔ اس طرح سے حاصل شدہ اعداد غالباً عام طور پر قابل اطمینان ثابت نہیں ہوئے، کیونکہ جنین کی جسامت، لاٹکرائیائی (liquor amnii = رمل) کی مقدار، اور شکی عضلات کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ بہر کیف، اگر ایسے معطیات کہ جن پر بھروسہ کیا جاسکے مثلاً آخری ایام ماہوار کی ٹھیک تاریخ بالکل میسر نہ ہوں، تو مذکورہ بالا طریقہ مفید رہنما ثابت ہوتا ہے۔

پرمیگرایڈا (primigravida = اولین حاملہ) میں جس میں شکی عضلات سابقہ شکی تناؤ سے متغیر نہیں ہوتے، فڈس یوٹرائی (fundus uteri = قعر رحم) کی بلندی زیادہ معین و باقاعدہ ہوتی ہے۔ صاحب ولادت عورت میں بعض اوقات شکی عضلات کے

ارتخا سے پیٹ نمایاں طور پر متعلق حالت میں ہوتا ہے، اور جنین کا سراور رحم کا لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل)، پلوئس (pelvis = حوض) میں اتنا نیچے نہیں جاتا جتنا کہ ایک پرمیگر یوڈا (primegravida = اولین حاملہ) میں جاتا ہے۔ پورے دن ہونے پر حامل رحم کا طول ۱۲ سے لیکر ۱۴ انچ، اور قطر تقریباً ۹ انچ ہوتا ہے۔

حامل رحم کا وزن متغیر ہوتا ہے، لیکن تقریباً دو پونڈ ہے۔ غیر حامل رحم کا وزن تقریباً دو اونس ہوتا ہے۔

حامل رحم کی مقامیت، شاذ و نادر ہی ٹھیک مرکزی ہوتی ہے۔ حامل رحم عموماً کچھ درجہ کا جانبی ترجہا پن پیش کرتا ہے، اور اس کا فنڈس (fundus = قعر) ایک سمت اور عموماً دہنی طرف جھکا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ رحم اپنے طولانی محور پر گھوما ہوا ہوتا ہے، یعنی سامنے کی دیوار ذرا دہنی طرف رخ رکھتی ہے، اور بایاں قارنوا (cornua = قرن) نسبت دہنے قارنوا (قرن) کے شکلی دیوار کے قریب تر ہوتا ہے۔ اس مقامیت کی وجہ یہ بیان کی گئی ہے کہ بائیں طرف، پیچھے، پیلوک کولون (pelvic colon = حوضی قولون) موجود ہوتا ہے۔

ڈسیدوا (decidua = غشاء ساقط) کا نمو۔ حمل کے دوران میں

رحم کے سب طبقات تبدیل ہو جاتے ہیں، لیکن سب سے پہلے اینڈومیٹریم (درون رحم) کی ڈسیدوا (غشاء ساقط) میں تبدیلی ہوتی ہے اور پھر سب سے آخر پر پیوٹیمیٹ (peritoneum = باریطون) بدلتا ہے۔ یہ بتایا جا چکا ہے کہ اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحم) کی ڈسیدوا (ساقطی) تبدیلی، سب سے پہلے بیضہ کے بالکل قریب واقع ہوتی ہے، اور بعد میں کل استرمدل ہو جاتا ہے۔ ڈسیدوا (غشاء ساقط) میں ٹھوس اور اسفنجی تہیں نظر آتی ہیں، موزوں الذکر تہہ رحمی غد کے قسع گہرے حصوں سے بنی ہوتی ہے۔ ڈسیدوا (ساقطی) خلیات ٹھوس تہہ میں نہایت مکمل طور پر بنے ہوئے ہیں، تاہم یہ قسع غد کے گرد سب سے گہرے حصوں میں بھی بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ تقریباً بارہ ہفتوں میں ڈسیدوا (decidua vera = حقیقی غشاء ساقط) اپنی انتہائی دبازت حاصل کر لیتا ہے، اور ایک تہائی انچ دبیز ہوتا ہے۔ اس کے بعد جوں جوں جنین بڑھتا ہے، ڈسیدوا (غشاء ساقط) بتدریج تپلا ہوتا جاتا

ہے۔ ڈسڈوا ویرا (حقیقی غشاء ساقط) اور ڈسڈوا کیسپولیرس (کیسوی غشاء ساقط) باہم چسپاں ہو جاتے ہیں، اور پورے دنوں میں سارا ڈسڈوا (غشاء ساقط) ایک بہت پتلی تہہ بن جاتا ہے جو کوریان (سلی) سے چپکی رہتی ہے۔ ڈسڈوا (غشاء ساقط) جب دیوار رحم سے علیحدہ ہوتا ہے، تو یہ علیحدگی اسفنجی حصہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے۔ اینڈومیٹریم (درون رحم) کا دوبارہ نمودار اندر سے ہی واقع ہوتا ہے۔

رحمی عضلات کی بیشش بالیدگی - جنین کی بالیدگی کے قدم بقدم

43

عضلی طبقات بھی دبازت میں بڑھتے ہیں، مگر اس کے باوجود میعاد پر دیوار رحم کی کل دبازت اتنی بڑی نہیں ہوتی جتنی کہ ایک غیر حامل عضو کی ہوتی ہے۔ عام طور پر رحمی دیوار کی اوسط دباز پورے دن اہونے پر نصف انچ سے کم ہوتی ہے، بلکہ رحم کے قطعہ اسفل میں یہ اس سے بھی کم ہو سکتی ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ دیوار رحم میں بالیدگی کی زیادتی کے علاوہ، خفیف درجہ کا کھنچاؤ بھی ہوتا ہے۔

رحمی دیوار کی بالیدگی تقریباً تمام تر عضلی خلیوں تک محدود رہتی ہے۔ یہ خلیے جسامت میں ایک بہت نمایاں درجہ تک بڑھتے ہیں، لیکن اس امر کے متعلق کہ وہ ٹھیک ٹھیک کس مقدار تک بڑھ جاتے ہیں، ماہرین اختلاف رائے رکھتے ہیں۔ عام طور سے عضلی خلیے لمبائی میں تقریباً دس گنا، اور چوڑائی میں تین سے پانچ گنا بڑھتے ہیں۔ یہ بھی کہا گیا ہے کہ نئے نئے عضلی خلیے بھی پیدا ہو جاتے ہیں، اور میان عضلی توصیلی بافت بھی بڑھ جاتی ہے۔

عضلی طبقات مصنوعی طور سے تین تہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں، ایک بیرونی طبقہ جو خاص کر طوی سمت میں ہوتا ہے، ایک درمیانی طبقہ جو عروق دمویہ کا حلقہ کرنے والے گتھواں بندلوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور ایک اندرونی طبقہ جو بالخصوص انوبہ کے سوراخوں اور انٹرل آس (= internal os) اندرونی فم کے گرد مرتب ہوتا ہے۔

بلیئر بل (Blair Bell) کا خیال یہ ہے کہ مارفولوجیکل (= morphologically)

شکلیاتی لحاظ سے) صرف دو تہیں ہوتی ہیں، ایک بیرونی طوی تہ جو با ریطونی عضلات سے ماخوذ ہوتی ہے، اور ایک اندرونی گول تہ۔ اس خیال کی رو سے گتھواں بندل بیرونی طبقہ

سے تعلق رکھتے ہیں۔

پیریٹونیل کوٹ (peritoneal coat) = باریطونی طبیفہ (کھینچ جاتا ہے)
اور جلد کے ساتھ ایگریوڈیرم (striae gravidarum) = خطوط احمل کے مثل اُس میں
بھی ندبات نمودار ہوتے ہیں۔ رحم کی کلانی کا ساتھ دینے کے لئے وہ کسیتدر بڑھ بھی جاتا ہے۔
جسم رحم کے ساتھ پریٹونیم (peritoneum = باریطون) کے پیش سی رشتے بحال رہتے
ہیں، یعنی انٹرل آس (اندرونی فم) کی سطح سے نیچے کا پریٹونیم (باریطون) ڈھیلا لگا ہوتا ہے،
اور باسانی علحدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن جانبین پر رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا تدریجی تناؤ،
براڈ لیگمانٹ (broad ligament) = رباط عرض کے سب سے پچھلے حصہ کی تہوں یعنی
میزومیٹریم (mesometrium = میان رحم) کو جدا کر دیتا ہے، چنانچہ پریٹونیم (باریطون)
کالیول بند ہو جاتا ہے، اور غیر حامل رحم کی نسبت حامل رحم کا زیادہ رقبہ پریٹونیم (باریطون)
سے خالی ہوتا ہے۔

عروق دمویہ۔ جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے، رحمی شریانیں بڑھتی ہیں، اور رحم
کے بالائی جانب کو جانے والی شریانوں کا ممر، سیدھا ہو جاتا ہے۔ مگر اب بھی رحم کی دیوار سے
گزرتے ہوئے وہ اپنی پیچ نما صفت کو قائم رکھتی ہیں۔ اُن کی دیواریں موٹی بلکہ کسی قدر
گرھک دار ہوجاتی ہیں، اور یہ حالت وضع حمل کے بعد بھی کسی حد تک قائم رہتی ہے۔

وریدیں، بالخصوص ٹینسل (مشیمی) مقام کے خطہ میں، بڑھ جاتی ہیں، اور دیوار
رحم کے عضلہ و نیز توسیل بافت سے قریبی طور پر چسپیدہ ہوتی ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ وریدیں
باریطونی سطح کے متوازی ممر پر جاتی ہیں، اور پھر اچانک خم کھا کر عضلہ کے اندر گھس جاتی ہیں۔
اُن میں کوئی کوٹریاں نہیں ہوتیں، اور ان کا حاد جھکاؤ وضع حمل کے بعد رحمی عضلہ کے
انقباض میں مدد دیتا ہے، جس سے وریدیں بند ہو جاتی ہیں اور اُن سے زرف رک جاتا ہے۔
عروق لمفی۔ وضع حمل کے بعد رحم کے انوولوشن (involution = حکش)
کو ترقی دینے میں، لمفی مجریات کافی حصہ لیتے ہیں۔ دوران حمل میں اُن کو زیادہ کام کرنا ہوتا
ہے، جبکہ یہ دیکھا گیا ہے کہ وہ بڑھ جاتے ہیں اور ان کی پیچیدگی میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

اعصاب۔ اعصاب بھی جسامت میں بڑھتے ہیں اور عضلی بافت کی زیادتی کے
دوش بدوش رہتے ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ سرواگل گینگلیان (cervical ganglion =

عنقی عقدہ، جو وضع حل میں ایک اہم حصہ لیتا ہے، اپنی طبعی جاست سے دوگنا بڑھ جاتا ہے۔ رحم کی عضبی بافت زیادہ تھریک پذیر معلوم ہوتی ہے، جس سے عضبی انقباض آسانی واقع ہو سکتا ہے۔

سروکس (عنقی) کا نرم ہونا اور رنگین ہونا۔ گو کہ دورانِ حل میں سروکس (=cervix) عنقی رحم) کی قدر بیش پروردہ ہو جاتا ہے، تاہم یہ اتنا بیش پروردہ نہیں ہوتا کہ جتنا جسم رحم ہو جاتا ہے۔ یہ فرق ایک قدرتی امر ہے کیونکہ سروکس (عنقی) دورانِ وضع حل میں ایک جمہول حیثیت سے کام کرتا ہے۔ اُس کا طبعی عضبی نظام عموماً پیش از ميعاد اتساع کو روکنے کے لئے بہت کافی ہوتا ہے۔ مگر حاملِ رحم میں دو تبدیلیاں نہایت ہی نمایاں نظر آتی ہیں اور اس کی اہم خصوصیت ہیں، یعنی عنقی کی فعلیاتی نرماہٹ، اور اس کا نفشتی رنگ جو وہ بہت جلد اختیار کر لیتا ہے۔

سروکس (عنقی) کی نرماہٹ ابتدائی ہفتوں میں شروع ہوتی ہے، لیکن وہ وقت کہ جس پر وہ قطعی طور پر شناخت کیجا سکتی ہے تغیر پذیر ہوتا ہے۔ عموماً بارہ ہفتوں کے اختتام پر اس کی نرماہٹ خوب نمایاں ہوتی ہے۔ اس نرماہٹ کا سبب کلی طور پر واضح نہیں ہے مگر اس میں شبہ نہیں کہ عروقت کی زیادتی کا اس میں کافی حصہ ہے، اور ممکن ہے کہ لمفی اتساع، عام سخت کوڈیسیلا اور اسفنجی بنا کر مزید حصہ لیتا ہے۔

یہ نرماہٹ، رحم کے قطعہ اسفل میں آس انٹرنم (=os internum) اندر زنی فم رحم) کے اوپر شروع ہوتی ہے، اور بتدریج ویجنائل پورشن (=vaginal portion = مہلی حصہ) کی جانب نیچے پھیلتی ہے۔ لوئر یٹرائن سیگمنٹ (=lower uterine segment = رحم کے قطعہ اسفل) کی نہایت نمایاں نرماہٹ، چھٹے اور آٹھویں ہفتے کے مابین محسوس ہوتی ہے، اور یہ ہیگر (Hegar) کی علامت حل کا ایک نہایت اہم جزو ہے (صفحہ 64)۔ حل کے آخری ہفتوں میں سروکس (عنقی) کے مہلی حصہ کی نرماہٹ کا درجہ، ایک غیر حاملِ رحم کے سروکس (عنقی) کے مقابلہ میں کستدر ہوتا ہے، یہ امر ہونٹ اور ناک کی کثافت کے فرق سے ظاہر کیا جاتا ہے } گو کہ بعض اوقات سروکس (عنقی) اوسط ہونٹ سے زیادہ نرم محسوس ہوتا ہے۔

سروکس (عنقی) کا نفشتی رنگ، وریدی امتداد کا نتیجہ ہوتا ہے، اور وقت کے لحاظ سے ویجنانا (مہلی) کی رنگینی کا پیش رو ہوتا ہے، جو کہ بعد میں مشاہدہ ہوتی ہے۔

عروقت کی زیادتی کا قدرتی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ **لوئر سیگمنٹ** (=cervical glands) عنقی غدودوں سے زیادہ افزا پیدا ہوتا ہے، چنانچہ سروائیکل قنال (عنقی قنال) میں ہمیشہ مخاط کی ایک ڈاٹ رہتی ہے۔ اس کے علاوہ طبعی مہبل افزا میں بھی اضافہ ہوتا ہے، جس سے حمل کی حالت میں ولوا (vulva = فرج) تقیباً ہمیشہ مرطوب رہتی ہے۔
رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا فعلیاتی ریلیکسیشن (=relaxation) ارتخا، جسم رحم کے اُس حصہ کے متعلق، جسے **لوئر یٹرائن سیگمنٹ** (=lower uterine segment) رحم کا قطعہ اسفل) کہتے ہیں اور جس کو بچہ گزارنے کے لئے کھینچنا اور تسع ہونا پڑتا ہے، بہت بحث کی گئی ہے۔

اگر کسی طبعی مثال میں جس میں وٹکس پرینٹیشن (=vertex presentation) قمی طریق) ہو، کہہ رحم کے نچلے حصہ کا امتحان کیا جائے، تو وہ سرسری طور پر نیم کر وی شکل کا پایا جائے گا، اور انٹرنل آس (داخلی فم رحم) اس کردہ کے نچلے قطر پر نظر آئیگا۔ وضع حمل کے دوران میں جنین کو راستہ دینے کے لئے، رحم کا یہ حصہ نیم کردہ سے اسطوانہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس سے صاف ظاہر ہے کہ **لوئر سیگمنٹ** (قطعہ اسفل) کا بیشتر حصہ زچگی کے دوران میں لازماً ایک مہول فریضہ ادا کرتا ہے، اور اتساع کا کم از کم ممکنہ مقابلہ کرتا ہے۔ چنانچہ یہ پایا گیا ہے کہ **لوئر سیگمنٹ** (قطعہ اسفل) بہت زیادہ حد تک کش پروردہ نہیں ہوتا، اور اُس کے عضلی طبقات بہ نسبت بقیہ جسم رحم کے پتلے رہتے ہیں۔

دیوار رحم کی حقیقی مقدار جو مذکورہ بالا طریقہ پر تسع ہوتی ہے، وہ بچہ کے سر کی جسامت کے لحاظ سے قریب قریب ہر صورت میں اختلاف پذیر ہوتی ہے، کیونکہ اس کی کوئی مقدار مقرر نہیں کہ رحم کے **لوئر سیگمنٹ** (قطعہ اسفل) کا کس قدر رقبہ مہول حصہ کا کام دے گا۔ عام طور پر اس امر میں اتفاق ہے کہ پورے دن کے حامل رحم میں، **لوئر سیگمنٹ** (قطعہ اسفل)، رحم کا وہ حصہ ہوتا ہے، جو انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) سے تین انچ کے نیم قطر میں ہوتا ہے۔ یہ اندازاً رحم کے اُس حصہ کے قناظر ہوتا ہے جو سامنے کی پریٹونیم (باریلون) کی مضبوط چسپیدگی کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔

لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کی سریری اہمیت مندرجہ ذیل حالتوں میں ہوتی ہے۔ اس صورت میں جبکہ اصابت میں کوئی رکاوٹ نہ ہو، پلینٹا پریویا (=placenta praevia)

مشیئمہ متقدم) ، ریچر آف یوٹرس (rupture of uterus = انشقاق رحم) ، اور کائیکشن
 رنگ (contraction ring = حلقۃ انقباض) کی تکوین ، یا آب اسٹرکٹڈ لیب
 (obstructed labour = مسدود وضع حمل) کی صورت میں ریٹریکشن رنگ
 (retraction ring = حلقۃ باز کشیدگی) کی تکوین - دونوں حالتوں میں حلقۃ کا اصلی مقام
 کیا ہوتا ہے ، یہ امر بہت زیادہ بحث کا موضوع رہا ہے ، تاہم ریٹریکشن رنگ (حلقۃ باز کشیدگی)
 کے متعلق بیان کیا جاتا ہے کہ یہ عام طور پر اپرائینڈ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (upper and
 lower uterine segment = رحم کے قطعہ اسفل و قطعہ اعلیٰ) کے مقام اتصال پر
 واقع ہوتا ہے ۔

اس میں مشیئمہ نہیں کہ ریچر آف یوٹرس (انشقاق رحم) عموماً رحم کے پتلے بنے
 ہوئے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) میں واقع ہوتا ہے ، اور اگر اس پر پلینٹا (مشیئمہ) ہو تو
 ایمنی پارٹم ہیمریج (antepartum hæmorrhage = قبل الولادت زنف) ہونا ایک
 یقینی امر ہے ۔

انقسام حمل پر اور آغاز وضع حمل سے پہلے سروکس (cervix = عنق) اور اس کی
 کنال (canal = قنال) ہنوز بدستور ہوتے ہیں ۔ آغاز وضع حمل سے قبل اندرونی فم رحم
 کیس قدر کھل جاتا ہے ، جیسا کہ زچگی سے پہلے مرنے والی عورتوں کی منجھ تراشوں میں عنق کے
 منظر سے ، اور پلینٹا پر یوٹرا (مشیئمہ متقدم) کی اصابتوں میں سریری شہادت سے بخوبی
 ثابت ہے ۔

بعض منجھ تراشوں میں عنقی قنال کا بالائی حصہ کسب قدر قیف نما ہوتا ہے ، یعنی
 قنال کا سب سے اوپر کا حصہ ذرا ہی کھلا ہوتا ہے ۔ پلینٹا پر یوٹرا (مشیئمہ متقدم) میں زنف
 بعض اوقات بہت جلد یعنی چھبیسویں ہفتے میں واقع ہوتا ہے ، یہ صرف اس طرح ہو سکتا ہے کہ
 حمل کے بے درد انقباضات سے انٹرئل آس (اندرونی فم الرحم) کے کھلنے اور
 تناؤ پیدا ہونے کے نتیجے میں پلینٹا (مشیئمہ) لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین قطعہ رحم) سے
 جدا ہوتا ہے ۔ سریری نقطہ نظریہ ہے کہ سپرا ویکجائٹل سروکس (supravaginal cervix =
 فوق المہلی عنق) اخیر ایام حمل میں چھونے پر اکثر زیادہ چوڑا معلوم ہوتا ہے ، جس سے یہ
 نتیجہ نکالا جاتا ہے کہ انٹرئل آس (اندرونی فم الرحم) کیس قدر کھل گیا ہے ۔

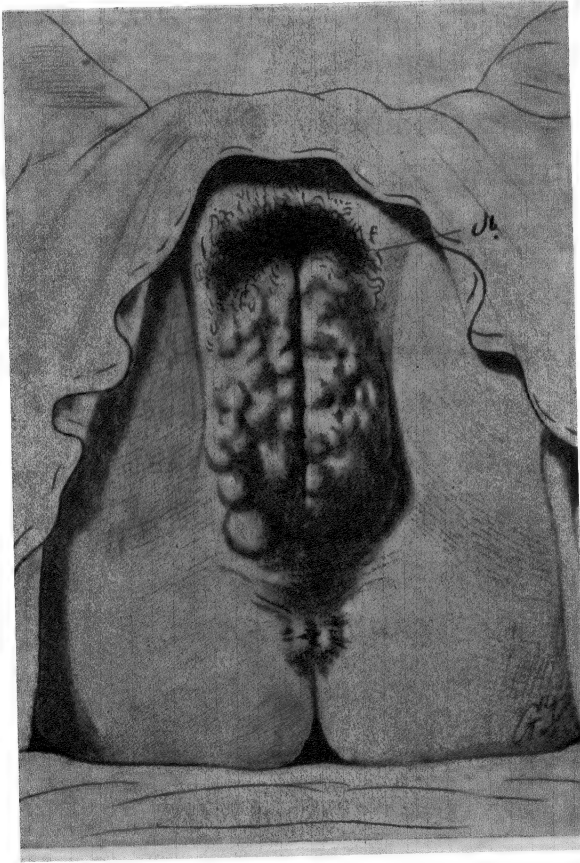
انٹرنل آس (اندرونی فم) کا کلینا، اگر پلسینٹا پر یو یا (مشیمہ متقدم) میں اس کی سریری اہمیت سے قطع نظر کیا جائے، تو یہ وضع حمل سے قبل کوئی اہمیت نہیں رکھتا، بلکہ حقیقت یاد رکھنی چاہئے کہ سروائیکل قنال (عنقی قنال) کا بیشتر حصہ غیر تبدیل باقی رہتا ہے۔

ویجائنا (مہبل)۔ سروکس (عنق) میں عروقت کی زیادتی، جو قبل ازین بیان کی جا چکی ہے، مہبل دیواروں کو ذرا دیر بعد متاثر کرتی ہے۔ چنانچہ یہ دیواریں، بالکل نیچے ولوا (فرج) تک، بنفشی رنگ ظاہر کرتی ہیں۔ یہ رنگ جو کہ وریدی استلاء کا نتیجہ ہے، حمل کی ایک اہم علامت ہے، مگر یہ کبھی کبھی پلوک ٹیومرز (pelvic tumours = حوضی سلعات) کی صورت میں بھی دیکھا جاتا ہے، جبکہ ویجائنا (مہبل) کے حصہ اسفل سے جاتی ہوئی وریڈول پردباؤ پڑتا ہے۔ اس کو پہلے پورٹ وائن کراؤف جیکو میسر "portwine colour" of (Jacquemier = جیکو میسر کا "پوٹ وائن رنگ") کہتے تھے، مگر عموماً بمقابلہ پورٹ شراب کے یہ رنگ زیادہ بنفشی ہوتا ہے۔ اور ہونٹ اور غشاء مخاطی کے اس رنگ سے جو یہ امراض قلب و امراض پھیپھڑہ کے سائٹوسس (cyanosis = زراق) میں اختیار کرتے ہیں، بہت مشابہ ہوتا ہے۔

اس عروقت کے ساتھ ساتھ، ویجائنا (مہبل) کی بافتیں مرتخی اور ڈھیلی ہو جاتی ہیں، اور شکموں کے طور پر لٹکی ہوتی ہیں۔ یہ تغیرات جو صاف طور پر اتساع میں سہولت پیدا کرنے کے لئے ہوتے ہیں، بعض اوقات بہت دیر میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ بعض صورتوں میں وضع حمل شروع ہونے پر بہت کم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ ویجائنا آری فس (vaginal orifice = مہبل دھن) کے نزدیک، پچھوٹی ویریکوس (دوالی نما) وریڈس دیکھی جاسکتی ہیں، لیکن یہ اتنی زیادہ عام یا اتنی زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں جتنی کہ ولوا (فرج) میں ہوتی ہے (تصویر ۲۳)۔

خون سے پیدا شدہ آبی ٹرانسوڈیشن (transudation = عجز ارتشاح) جو کہ حقیقی مہبل افراز ہے، دوران حمل میں بڑھ جاتا ہے اور اس میں زیادہ منقسم مہبل سرملی خلیے ہوتے ہیں۔ یہ امر نظر انداز نہ کرنا چاہئے کہ مہبل افراز درمل سروکس (عنق) کے افراز، اور جسم رحم کے افراز، اور نیز ویجائنا (مہبل) کے افراز کا آمیزہ ہے۔ حمل میں سروکس (عنق) زیادہ مخاط کا افراز پیدا کرتا ہے، اور مہبل ٹرانسوڈیشن (عجز ارتشاح) زیادہ بڑھ جاتا ہے،

لیکن جسم رحم کا کہنہ چمکا غشاء ساقط کے انضمام کی وجہ سے مٹا ہوا جاتا ہے، لہذا یہ دوران حمل میں طبعی حالات کے تحت کوئی افراز پیدا نہیں کرتا۔ اس وجہ سے کل مہلی ٹرانسڈیوژن (= transudation) بحرارتشاح) بحیثیت مجموعی بڑھ جاتا ہے۔ اور چونکہ اس میں مہلی سرِ حملہ کی کثیر مقدار ملی ہوتی ہے،



تصویر ۲۳۔ ولوا (فرج) کی ویری کوس (دوالی نا) وریدیں۔
یہ تصویر ایک غیر معمولی طور پر شدید اصابت سے پیشگی گئی ہے۔

لہذا یہ سفید لٹی سا اور نیم ٹھوس ہوتا ہے، اور طبعی مہلی افراز سے جو کہ لٹی کا خاصہ نہیں رکھتا،

نمایاں طور پر مختلف ہوتا ہے۔ ڈاڈرلین (Döderlein) کے خیال کے مطابق اس کا تعامل عموماً ترشٹی ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ باور کی جاتی ہے کہ ویجائنل سیلس (vaginal bacillus = مہبل عصیہ) کی موجودگی سے لیکٹک ایسڈ (lactic acid = لیکٹک ترشہ) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں شہ نہیں کہ حمل میں مہبل ٹرانسڈیوٹیشن (عبر ارتشاح) نمایاں طور پر جراثیم ہوتا ہے، لہذا یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ سرائیت کے خلاف ایک محافظ عامل ہے۔ یہ امسرکرایا محافظ واسطہ لیکٹک ایسڈ (lactic acid) کی موجودگی ہے، ابھی طے نہیں ہوا۔ مہبل کی جراثیمات پر تفصیلی بحث کے لئے، دیکھو باب تینتالیسواں۔

ولوا (vulva = فرج)۔ جوں جوں حمل ترقی کرتا ہے ولوا (فرج) بھی عروقت کی زیادتی میں شرکت کرتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ کچھ درمظاہر کرتی ہے۔ یوریتھرا (urethra = مجری البول) کے گرد کی مرطوب سطحوں پر، اور پردہ بکارت کے باقیات پر، اور لیبیا مینورا (labia minora = شفرتین صغیر) کے اندرونی حصوں پر نفیشتی رنگت موجود ہوتی ہے۔ اکثر لیبیا میجورا (labia majora = شفرتین کبیر) پر، اور بالخصوص پری نیم (perineum = عجان) کے متصل حصوں پر، ویری کوکس (varicose = والی نما) وریدیں نظر آتی ہیں۔

پستان۔ پستانوں میں تغیرات ابتدائے حمل ہی سے نمایاں ہونا شروع ہو جاتے ہیں، اور اکثر بہت جلد یعنی آٹھویں ہی ہفتہ میں شروع ہو جاتے ہیں۔ یہ قدرتاً اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ غدی بافت کی فعالیت شروع ہونے کے باعث، پستانوں کو زیادہ خون پہنچتا ہے۔ اولین تغیر پستانوں کا تورم ہے جو کہ خصوصاً ان کے محیط پر ظاہر ہوتا ہے۔ غدہ کے لایبولز (lobules = ٹھنکے) بآسانی محسوس ہو سکتے ہیں، اور طبعی حالت کے مقابلہ میں سخت تر ہوتے ہیں، اس تغیر کی وجہ سے پستان گٹھیلے محسوس ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ غدہ کچھ الیم بھی ہو جاتے ہیں، اور ان میں عجیب قسم کے احساسات محسوس ہوتے ہیں، جو اکثر پریکلی (prickly = ٹھنک دار) احساسات کے طور پر بیان کئے جاتے ہیں۔ سرد خون کی زیادتی اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ جلد کے بالکل نیچے وریدوں کا ایک بہت صاف جال پایا جاتا ہے، جو پستانوں کا بڑھاؤ شروع ہونے کے ساتھ ہی ظاہر ہوتا ہے۔ جسامت کی زیادتی پہلے امتلاء کا، اس کے بعد غدوی بافت کی واقعی بیش بالیدگی کا، اور نیز کہا جاتا ہے

کہ پستانوں میں پھر بی اور ریشکی بافت کی زیادتی کا نتیجہ ہوتی ہے۔

ان تغذیاتی تغذیات کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پستان زیادہ ابھرتے ہیں اور کیفیت قدر دھمیلے پڑل ہوتے ہیں، ان کی بالائی سطح چھٹی ہو جاتی اور نیچے کی سطح زیادہ مخدب ہو جاتی ہے۔

تقریباً بارہویں ہفتے میں، یہ عدد تقریباً ایک شفاف یا کیفیت درودھیا پتھر کے جیسے سیال کا افزائیدار کرنا شروع کرتے ہیں۔ اگر پستان کو مچھنی کی طرف پھوڑا جائے تو مچھنی پر قطرات کی صورت میں یہ افزائیدار کرنا جاری ہو سکتا ہے۔ اختتام حل کے قریب یہ سیال زیادہ افراط سے ہوتا ہے، اور قوام میں گاڑھا اور کریمی (creamy = بالائی نما) ہو جاتا ہے۔ اسوقت یہ کولاسٹرم (colostrum = لباء) کہلاتا ہے، اور پانی، چربی، البیومن، اور کولاسٹرم کارپسلز (colostrum corpuscles = لباء جسامات) پر مشتمل ہوتا ہے۔ موزوں ذکر خلیات چربی کے بڑے قطرات پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ دراصل غذائی اسینائی (acini = غنیموں) کے سرحلی خلیے ہوتے ہیں، جو پھر بی سے معمور ہوتے اور سلم خارج ہوتے ہیں۔ ان میں ایک نوات ہوتی ہے، جس کو خلیے کے شعبی مشمولات، ایک جانب خارج المرکزی طور پر دھکیلے ہوئے ہوتے ہیں۔

جب دودھ کا افزائیدار جاری ہو جاتا ہو تو کولاسٹرم کارپسلز (colostrum corpuscles = لباء جسامات) نہیں پائے جاتے، کیونکہ ایسی نس ایپی تھیلیم (acinus epithelium = غنیمی مرحلہ) کی پھر بی قنات کے درونہ میں خارج ہو جاتی ہے، اور باقی ٹوٹے ہوئے خلیے رہ جاتے ہیں۔

افزائیدار کی حقیقی تسبیب کے متعلق اب یہ معلوم ہے کہ یہ ہارمونی اصل رکھتی ہے، تاہم ہنوز اس عمل کی تفصیل پر مکمل طور پر تحقیق نہیں ہوئی۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ تھنائسٹرون (oestrin) پستانی غذائی بافت کی بیش پروردگی پیدا کرتی ہے، لیکن افزائیدار نہیں کر سکتی بلکہ حقیقت یہ ہے کہ جب افزائیدار ایک مرتبہ جاری کیا گیا ہو، تو ایسٹرون (oestrin) اس کا امتناع کر دیتی ہے۔ نیز اس عقیدہ کے لئے بھی کچھ وجہ موجود ہے کہ انٹیر پشوتری گلینڈ (anterior pituitary gland = مقدمی نخری غدہ)، ایک لیکٹیشن ہارمون (lactation hormone = رضاعتی ہارمون) کا افزائیدار ہے چنانچہ جب پستانی غدہ ایسٹرون (oestrin) کے زیر اثر بیش پروردہ ہو جاتا ہے، تو اس کے بعد

مذکورہ ہارمون دو دھکے کا افراز کرتا ہے۔

جسکے کل پستان بڑھ رہی ہوتی ہے اور فعال ہونے لگتی ہے تو نیپل (=nipple) بھٹنی) اور اس کا ایریولا (=areola) ہالیزہ) ایسی تبدیلیاں ظاہر کرتے ہیں جو حل سے مخصوص ہیں۔ نیپل (بھٹنی) بڑھتا ہے اور زیادہ انتصاب پذیر ہو جاتا ہے، اور اسکی عصبی اشتعال پذیری زیادہ ہو جاتی ہے۔ ایریولا (ہالیزہ) چاروں طرف کی جلد سے اونچا ہو جاتا ہے اور آگے کو ابھر آتا ہے، اور نیپل (بھٹنی) کا ابھار زیادہ کرنے میں مدد دیتا ہے۔ ایریولا (ہالیزہ) ایک کم و بیش حد تک ٹون بھی ہو جاتا ہے، یہ سیاہ بال والی عورتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور سب سے کم نمایاں اُن میں ہوتا ہے جن کی جلد صاف اور بال ہلکے رنگ کے ہوتے ہیں۔ جوں جوں حل ترقی پاتا ہے پگمنٹیشن (=pigmentation) لونیت) بندریچ زیادہ ہوتی ہے، لیکن اس کے رنگ کی گہرائی مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے (پلیٹ نمبر ۲) - X

ایریولا (ہالیزہ) کے تورم اور پگمنٹیشن (لونیت) سے قطع نظر، ایریولا (ہالیزہ) میں نیپل (بھٹنی) کے گرد، متورم سیشس گلینڈز (=sebaceous glands) دہنی غدود) کی ایک تعداد، معروف بہ مانٹگمری ز فلیکلز (=Montgomery's follicles) جرابہائے مانٹگمری) دیکھی جاسکتی ہے۔ یہ عام طور پر شمار میں بارہ سے بیسٹ تک ہوتے ہیں۔ یہ سیشس گلینڈز (دہنی غدود) حل کے بعد اکثر مستقل طور پر بڑھے ہوئے رہتے ہیں۔ ایریولا (ہالیزہ) کا ایسی ڈرمس (=epidermis) برادہ) اپنے زیادہ درجہ کی قرنیت، خشکی و نقشہ کی وجہ سے چمکنے دار چمکیلی شکل کا ہوتا ہے۔

تقریباً بیسویں سے لیکر چوبیسویں ہفتہ تک میں، جلد کی پگمنٹیشن (لونیت) ایریولا (ہالیزہ) کے کنارے کے باہر تک آ جاتی ہے۔ اس سے ایک دوسرا ٹون حلقہ بنتا ہے جو کہ سکینڈری ایریولا (=secondary areola) ہالیزہ ثانی کہلاتا ہے۔ پگمنٹیشن (لونیت) یکساں نہیں ہوتی، بلکہ ذرا چمکی دار یا شہد کے چھتے دار جیسی شکل پیش کرتی ہے۔ یہ حلقہ ہر عورت میں نظر نہیں آتا، اور بلانڈز (=blondes) گوری عورتوں) کے مقابلہ میں، برنٹز (=brunettes) سانولی بھورے بال والی عورتوں) میں زیادہ صاف ہوتا ہے۔

پستان کی جلد کا تناؤ، بعض اوقات ویسی ہی لکیریں پیدا کرتا ہے جیسی شکم پر

دیکھی جاتی ہیں۔

کبھی کبھی پستان کے بیرون افتادہ لابیولز (لختکوں)، بنگلوں میں پائے جاتے ہیں۔ ان صورتوں میں غدی ساختیں جلد کے ساتھ بہت قریبی طور پر جڑی ہوتی ہیں، اور جلد اُن پر متحرک نہیں ہوتی۔ یہ غدی ساختیں پستانی فعالیت کی ہمدردی میں بڑھتی ہیں، اور بغلی جلد میں مقابلہ بڑے اور ام پیدا کر سکتی ہیں۔ چونکہ عموماً اُن کی کوئی قفازہ جلد پر کھلتی ہوئی نہیں ہوتی، لہذا اور ام سے کوئی ایسا افراز ظاہر نہیں ہوتا جو مرئی ہو۔ اغلب ہے کہ رضاعت شروع ہونے پر یہ دردناک ہو جائیں مگر چونکہ کوئی ظاہر الحکاس نہیں ہوتا، لہذا ان کا افراز ختم ہو جاتا ہے، وہ غیر فعال ہو جاتے ہیں، اور ورم اتر جاتا ہے۔

50

نوی نقطہ نگاہ سے پستان اعلیٰ تخصیص یافتہ اور بڑھے ہوئے سمیشس گلینڈز (دہنی غدد) ہیں، یعنی فی نفسہ جلدی ساختیں ہیں، لہذا پستانی غدد کی بہ نسبت ان کے باہر پڑے ہوئے لابیولز (لختکوں) کا، جلد سے زیادہ قریبی تعلق رکھنا باعث تعجب نہیں۔ جب معین پستانی غدد موجود ہوتے ہیں (اور یہ کوئی نادر الوقوع امر نہیں ہے) تو ممکن ہے کہ بڑھ جائیں، اور ٹھیک اسی طرح سے افراز پیدا کریں جیسا کہ طبعی غدد افراز پیدا کرتے ہیں۔ کبھی کبھی پستانی غدد کا ایک دوسرا جوڑا پایا جاتا ہے۔ یہ دیوارِ صَد پر، نیچے کی جانب اسی انتصابی خط میں کہ جس میں طبعی غدد ہوتے ہیں، پایا جاتا ہے۔ یہ امر نظر انداز نہیں کرنا چاہئے کہ مختلف افراد میں پستانوں کا درجہ نمو بہت

مختلف ہوتا ہے، اور حمل کی وجہ سے پستانوں میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ بھی وسیع حدود کے درمیان اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ پستانوں سے افراز کا نلھور یہ ہمیشہ ثابت نہیں کرتا کہ حمل قرار پا گیا ہے، کیونکہ بعض اوقات اُن عورتوں میں جن میں اوڈیرین ٹیومرز (ovarian tumours = بیضی سلعات) یا یوٹرائن فائبرائیڈ (uterine fibroid) رحمی لیفیہ یا سوڈوسائیسیس (pseudocyesis = حمل کا زب) ہو، نپل (بھٹنی) سے سیال نچوڑا جاسکتا ہے۔

قلب اور دورانِ خون۔ حمل میں قلب کی حالت کیا ہوتی ہے، اس سے متعلق کافی اختلاف رائے ہے۔ عام خیال یہ ہے کہ بائیں وٹریکل (= ventricle = بطن) کی دیواروں کی بیش پروردگی کی وجہ سے قلب بڑھ جاتا ہے۔ اس کو صحیح فرض کرنا

ایک معقول امر ہے، کیونکہ اس میں شبہ نہیں کہ حل میں قلب کو، بڑھتے ہوئے رحم میں سے جس کی عروقی رسد بہت ہی زیادہ ہو جاتی ہے، دوران خون طبعی حالت میں جاری رکھنا پڑتا ہے اور مزید کام کرنا پڑتا ہے۔

علاوہ بریں پستانوں، جگر، اور گردوں سب میں رسد خون کی زیادتی، دوران خون کے ڈائی نیگز (dynamics = محرکات) پر مزید بار ڈالنے کا ذریعہ ثابت ہوتی ہے۔ قلبی بیشش پروردگی کو ثابت کرنا ایک مشکل امر ہے، مگر قلب کے حقیقی مصرعی مرض کی اصابتوں سے اس کے متعلق کچھ علم حاصل ہو سکتا ہے۔ ان اصابتوں میں جوں جوں حل ترقی پاتا ہے، وہ قلب جو کہ سابق میں بخوبی کامین سیٹڈ (compensated = تعویض یافتہ) ہوتا تھا، اس کے فیلیور (failure = فشل) کا ثبوت پایا جاتا ہے۔ قلبی مرض میں حل ہو جاتا تو دقت تنفس، کھانسی، ہیما پیٹرز (hemoptysis = نفث الدم)، جگر کی کلانی، پیروں اور ٹانگوں کا درم سب واقع ہو سکتے ہیں، خواہ سابق میں مرض بظاہر تعویض یافتہ، ہو اور کوئی خاص تکلیف نہ دیتا ہو۔ یہ فرض کرنا ایک معقول امر معلوم ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہندام قلب پر حل سے مستزاد بار پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ طبعی حالات میں قلب اس بار کی استجابات اس طرح کرتا ہے کہ بائیں ونٹریکل (ventricle = بطن) کی دیواریں بیشش پروردہ ہو جاتی ہیں۔

بیشتر شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ دوران حمل میں دموی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ جزوی طور پر قلب کی بیشش پروردگی کا نتیجہ ہوتا ہے، مگر اغلب ہے کہ اس فزائش دباؤ کی وجہ کوئی اور شے بھی ہے جو کہ خون میں دورہ کرتی ہو۔

51 دوران حمل میں خون خود انتہائی طور پر تبدیل ہو جاتا ہے، اور یہ لیوکوسٹیز (leucocytes = خلیات الابيض) کی تعداد میں بیشی ریڈیکالیزم (red corpuscles = سرخ جسیموں) میں تخفیف، آبی اجزائیں زیادتی، اور فائبرینوجن (fibrinogen) میں زیادتی ظاہر کرتا ہے۔

چنانچہ دوران حمل میں انیمیا (anæmia = عدم دمویت)، ہائڈرمیا (hydræmia = آب دمویت)، اور لیوکوسائٹوسس (leucocytosis = خلیات الابيض کی کثرت) پایا جاتا ہے۔ خون کی مجموعی مقدار بڑھ جاتی ہے تاکہ بڑھتے ہوئے رحم کے لئے

ضروریات جنین کے لئے، اور پسنانوں کی فعالیت کے لئے رسد بہم پہنچا سکے۔
خون کی آبی حالت، ٹخنوں اور پاؤں کے اڈیما (œdema) کی اُن مابتوں کی جن میں کوئی مرض گردہ یا البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) نہیں ہوتا اور جو بہت عام طور سے پائی جاتی ہیں، ایک کافی توجیہ ہے۔ اڈیما، بجائے اس کے کہ ہیلوس (حوض) میں بڑے عروقوں پر کسی دباؤ اور وریدی رکود کا نتیجہ ہو، اغلباً اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ عروقی دیوار کا سو، تغذیہ آبی ٹرانسودیشن (=transudation) عوار تشاح) کو زیادہ کر دیتا ہے۔

دوران حمل میں اکثر اوقات پیلیڈیشن (اختلاج قلب) کی شکایت کی جاتی ہے، جو جزاء معدی نکالیف کا نتیجہ ہوتا ہے، جزاء قلب کی بیش پروردگی کا اور ضربات قلب کی فی منٹ معمولی (اوسط) تعداد بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، اور جزاء آخر مہینوں میں اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ بڑھتا ہوا رحم بالائی دباؤ ڈالتا ہے جس سے صدر میں تداخل ہوتا ہے۔

حمل میں ٹانگوں اور ولوا (فرج) پر ویری کوس (دوالی نما) وریڈوں کا وقوع ایک عام امر ہے، مگر یہ فعلیاتی کیفیت نہیں بلکہ ایک مرضیاتی حالت ہے۔ اس کی وجہ جزواً تو یہ ہوتی ہے کہ حوض کی بڑی وریڈوں پر بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ پڑتا ہے، مگر جزواً یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ خون کے وزن سے حوضی عروق میں عقبی دباؤ پیدا ہوتا ہے۔ اگر پیدائشی طور پر ٹانگوں کی وریڈوں کے والوز (valves = مصراعیں) ناقص طور پر نمایاں ہوں تو یہ کیفیت اور بھی نمایاں ہوتی ہے۔ بہت ممکن ہے کہ ویری کوس (دوالی نما) وریڈوں کا سبب اتنا بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ نہ ہو، کہ جتنا استوائ خون کے وزن کی زیادتی اور خراب طور پر نمایاں والوز (valves = مصراعیں) اس کا سبب ہوتے ہیں۔ کیونکہ ویری کوس (دوالی نما) وریڈیں اکثر اوقات اس قدر جلد ظاہر ہونا شروع ہو جاتی ہیں کہ اس وقت ہیلوک وینز (pelvic veins = حوضی وریڈوں) پر کوئی ضرر نہ دباؤ پڑنے کا یقین کرنا ایک مشکل امر ہے۔

یقیناً زمانہ حمل میں کیلسیم میٹابولزم (calcium metabolism = کیلیمی متابولزم) کی فعالیت کے ساتھ ہوتا ہوگا۔ مادری خون کی بہ نسبت جنینی خون میں زیادہ کیلسیم پایا جاتا

ہے، اور ضرور ہے کہ یہ کیلسیم (calcium) مادری خون سے اخذ کیا جائے۔ جب مادری خون میں وہ کیلسیم (calcium) جو کہ غذا سے ماخوذ ہو، کافی مقدار میں نہیں ہوتا، تو دانتوں اور ہڈیوں سے کیلسیم (calcium) لئے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسٹیویمیلشیا (osteomalacia = لينت العظام) ہے، اور اس سے کمر حد تک ان سستی امراض سے جو کہ حمل کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، یہ ثبوت ملتا ہے کہ کیلسیم ایک خطرناک حد تک کم ہو جاتا ہے۔

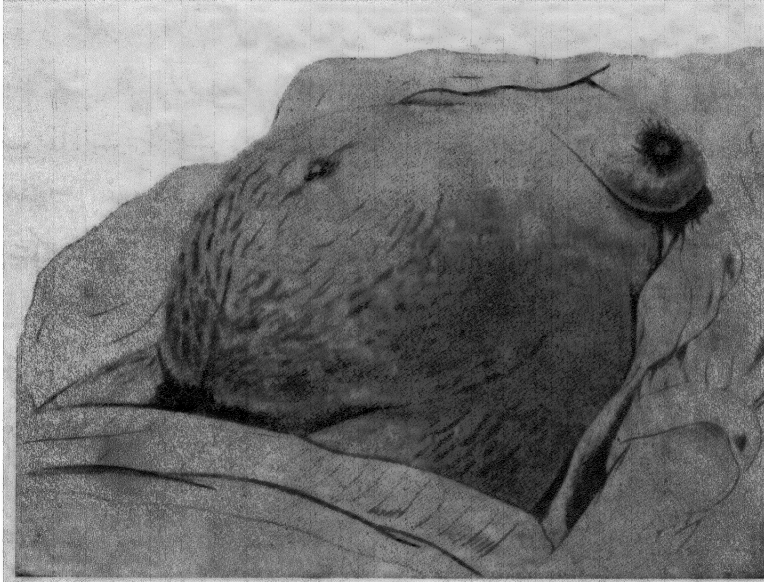
52

جلد۔ دوران حمل میں جلد میں مختلف قسم کے تغیرات نظر آتے ہیں، مثلاً جلدی تناؤ کے نتیجے میں سٹریا گر ویڈیرم (striae gravidarum = خطوط الحمل) کی تشکیل، مختلف مقامات پر پگمنتیشن (pigmentation = لونیت)، سویٹ گلینڈز (sweat glands = غدود عرقیہ) و سبیشس گلینڈز (sebaceous glands = غدود دہنیہ) کی فعالیت کا بڑھ جانا، بالوں کی بالیدگی کا زیادہ ہونا اور تحت الجلدی بافت میں چربی کا جماؤ۔ سٹریا گر ویڈیرم (striae gravidarum = خطوط الحمل) یا لنیا البی کینٹیز (lineae albae = خطوط الابيض)۔ یہ ادھر میں ریشمی توسیلی بافت کے تینے اور ٹوٹنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ شعاعی یا مدور کیریوں میں واقع ہوتے ہیں، جو امبلکس (umbilicus = ناف) کی ہم مرکز ہوتی ہیں، اور پیوبز (pubes = عانہ) و گلر تک پہنچی ہوتی ہیں، بلکہ اکثر اوقات ران اور سرینوں پر واقع ہوتی ہیں۔ ابتداً یہ خطوط سرخ رنگ کے ہوتے ہیں، مگر بعد میں ندبی بافت کی تشکیل سے سفید رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ پہلا حمل گزر جانے کے بعد، اگر دوسرا حمل واقع ہو تو یہ خطوط ٹوٹنے پر مائل ہوتے ہیں۔

دوران حمل میں سٹریا گر ویڈیرم (خطوط الحمل) قریب قریب ہمیشہ پیدا ہوتے ہیں، لیکن اگر رحم کی کلانی کی مقدار اوسط حد تک نہ ہو اور وضع حمل قبل از ميعاد ہو جائے، تو ممکن ہے کہ یہ خطوط بالکل پیدا نہ ہوں۔ یہ خطوط، حمل کے علاوہ دیگر صورتوں میں بھی جن میں شکمی دیواروں کا عظیم تناؤ واقع ہوتا ہے، دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ ایسٹیز = ascites استسقا و زرقی اور اویرین سٹشز = ovarian cysts = بیضی دویروں کی صورت میں اور انتہائی آبیسیٹی = obesity (فرہی) میں۔ حتیٰ کہ بسا اوقات یہ خطوط مردوں میں بھی نظر

آتے ہیں۔ ان کی موجودگی سابقہ حمل ظاہر کرتی ہے مگر اس کی قطعی شہادت نہیں سمجھی جاسکتی (تصویر ۲۴)۔

یہ لونیت، نیلز (بھٹنیوں)، اور ایریوینی (ہالیزوں) میں، پیوہز (مانہ) سے ابلانکس (ناف) تک کے خط میں [لنیا نائگرا = linea nigra = خط سیاہ] چہرہ اور بالخصوص پیشانی پر، اور ناک اور ہونٹوں کے اطراف پر پائی جاتی ہے، اور



تصویر ۲۴۔ سٹرایا گریوڈیرم (خطوط الحمل)۔ دیکھو نیل (بھٹنی) کے گرد بھی پگمنٹیشن (لونیت) پائی جاتی ہے۔

کلوز مایوٹرائیم (chloasma uterinum = برش رحمی) کہلاتی ہے۔ پگمنٹیشن (لونیت) کی مقدار مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ مقدار سیاہ بال والی عورتوں میں اور سب سے کم بلائڈز (blondes = گوری عورتوں) میں ہوتی ہے۔ سیاہ فام عورتوں میں اختتام حمل کے بعد، شملی پگمنٹیشن (لونیت) اور نیل (بھٹنی) کے

تغیرات بڑی حد تک باقی رہتے ہیں۔

حمل کے ابتدائی ہفتوں میں امبلاکس (ناف) اندر کو کھینچتا ہے اور چپٹا ہو جاتا ہے، مگر بعد میں امبلاکس سکا ٹرکس (umbilical cicatrix = ستری ندبہ) چپٹا اور جلدی سطح کے ساتھ ہموار ہو جاتا ہے، بلکہ ممکن ہے باہر کو پروز کر آئے۔

جسم کا وزن۔ جنین و رحم کے وزن میں زیادتی کے علاوہ، دوران حمل میں جسم کا وزن بھی بڑھ جاتا ہے۔ کولوں، رانوں، اور کمر کی زیر جلدی بافت میں، اور پستانوں کی توسیلی بافت میں چربی کا جماف ہوتا ہے۔ وزن جسم کا غیر معمولی طور پر بڑھنا، یعنی فی ماہ اوسط ۳ پونڈ کی بجائے ۵ پونڈ بڑھنا، بعض کی رائے میں مائل ٹاکسیمیا (toxæmia = تسم الدم) اور واٹر ریٹینشن (water-retention = احتباس الماء) کا نشان ہے۔

یورنری سسٹم (urinary system = بولی نظام)۔ دوران حمل میں عموماً پیشاب کی مقدار بڑھ جاتی ہے، جس کی خاص طور پر وجہ یہ ہوتی ہے کہ خون آب دمی (hydræmic) حالت میں ہوتا ہے، داب خون کی زیادتی ہوتی ہے، اور گردوں کی رسد خون زیادہ ہو جاتی ہے۔ چونکہ ماں کو جنین اور اپنے دونوں کے لئے اخراج کرنا پڑتا ہے، لہذا یہ فرض کرنا سراسر قرین عقل ہے کہ خارج شدہ پیشاب کی مقدار میں زیادتی ہوگی۔

پیشاب کی مقدار میں زیادتی کے علاوہ، حمل کے ابتدائی اور اخیر ہفتوں میں عموماً فریکوئنسی آف کچھ ریشن (frequency of micturition = تواتر تبول) کی شکایت ہوتی ہے۔ اس کی توجیہ عموماً میکانیکی اسباب سے کی جاتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ ابتدائی ہفتوں میں بڑھتا ہوا رحم مثانہ پر پڑا ہوتا ہے اور اس کا دباؤ اخیر یا بعد کے ہفتوں میں بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔ لیکن غالباً دباؤ ہی تنہا سبب نہیں ہوتا۔

ممکن ہے کہ پیشاب کسی غیر معمولی جز کی وجہ سے جیسے کہ بیش ترشی، یوریش (urates) فاسفیٹس (phosphates) کی زیادتی سے خراش آ رہا ہو جائے۔ اس رائے کو جس امر سے کچھ تائید حاصل ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ قلیات (alkalies) کی بڑی خوراکیوں کا دواؤ استعمال کرنا عموماً پیشاب کے تواتر کو روکیگا یا اس کا سہ باب کرے گا۔

بول کے ٹھوس اجزاء مقدار اور خاصیت ہر دو لحاظ سے تبدیل ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض تغیرات فعلیاتی تصور کئے جائیں۔ مگر اکثر اوقات یہ حد فاصل قائم کرنا کہ کہاں فعلیاتی حالت ختم اور میرضیاتی حالت شروع ہوتی ہے، مشکل ہوتا ہے۔

حاملہ عورتوں کی ایک قلیل تعداد کے پیشاب میں البیومن کی ایک خفیف مقدار پائی جاتی ہے، لیکن ان اصابتوں کی صحیح تعداد اختلاف پذیر ہے۔ دوران حمل میں البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) کی ان تمام اصابتوں کو امکاناً پرنکینسی کڈنی (pregnancy kidney = کلیتہ الحمل) کا ابتدائی درجہ سمجھنا چاہئے، تا وقتیکہ حفاظ مشاہدہ اور امتحان سے اس کے خلاف ثابث نہ ہو جائے۔ جن اصابتوں میں البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) پایا جاتا ہے، ان میں یہ الطینان کرنے کے لئے کہ کوئی پرانا ضرر گردہ تو نہیں ہے یا حمل سے قبل البیومن یوریا (البیومن بولیت) تو نہ تھا، نہ ہی غور و غوض سے امتحان کرنے کی ضرورت ہے۔ [دیکھو حمل کا البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) اور حمل کا ٹاکسمیا (toxæmia = تسمم الدم)۔ یہ امر بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ قارورہ میں البیومن کی قلیل مقدار ممکن ہے مہلکی افزا کی آمیزش کا نتیجہ ہو، چنانچہ اگر کوئی شبہ ہو تو قارورہ کا نمونہ بذریعہ قشایر حاصل کرنا چاہئے۔

54

بہت سی حاملہ عورتوں کے قارورہ میں ایک قلیل مقدار شکر کی پائی جاتی ہے۔ یہ شکر بیشتر اوقات لیکتوس (lactose) کی صورت میں ہوتی ہے اور ایک طرح پر پستانی فعالیت پر منحصر ہوتی ہے، لہذا ممکن ہے کہ یہ فعلیاتی ہو۔ لیکن اگر شکر کی حاصل شدہ قسم گلوکوس (glucose) ہے، تو پھر یہ حالت فعلیاتی نہیں ہو سکتی، بلکہ لازماً یا تو لوزرینل تھریٹنولڈ (پست کلوی دہلیز) ہوگی، یا حقیقی ڈایا بیٹس (diabetes = ذیابیطس) ہوگی۔

قارورہ میں جو نائٹروجنس پراڈکٹس (nitrogenous products = نائٹروجنی حاصلات) پائے جاتے ہیں، دوران حمل میں ان کی مقدار میں ایک عام تخفیف ہوتی ہے۔ جوں جوں حمل زیادہ ترقی پاتا ہے ان کی مقدار گھٹتی جاتی ہے۔ اس طرح یوریا (urea) یورک ایسڈ (uric acid)، مرکبات امونیا (ammonia)، کراتینین (creatin)، کراتینین (creatinin) سب کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن وڈ نائٹروجن جس کا اخراج بصورت یوریا

ہوتا ہے، طبعی مقدار میں باقی رہتی ہے، حالانکہ وہ نائٹروجن جو بصورت امونیا خارج ہوتی ہے، ذرا بڑھ جاتی ہے۔

چونکہ نائٹروجنی برآمد کی یہ تخفیف تمام حاملہ عورتوں میں پائی جاتی ہے، لہذا یہ فعلیاتی تصور کی جاسکتی ہے، اور ضائع شدہ مقدار کے متعلق یہ فرض کیا جاسکتا ہے کہ یہ جنین کی بالیدگی میں کام آتی ہے۔ لیکن چونکہ مرضیاتی کیفیات جیسے کہ البیومن یوریا (البیومن بولیت)، اکلپسیا (eclampsia = انشناج) اور عموماً سمی کیفیات میں نائٹروجن کی مجموعی برآمد اور بھی زیادہ کم ہو جاتی ہے، لہذا فعلیاتی و مرضیاتی کیفیت کے درمیان کوئی حد فاصل مقرر کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔

نائٹروجن کی وہ مقدار جو کہ بصورت یوریا خارج ہوتی ہے، اختتام حمل کے قریب کبھی عملاً ۵ تا ۱۰ فیصدی سے تجاوز نہیں کرتی۔ اگر یہ مقدار یکساں رہے، اور فارورہ کی مقدار طبعی ہو، اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) نہ ہو، تو اسے فعلیاتی تصور کرنا چاہئے۔ مختلف مصنفین نے بیان کیا ہے کہ دوران حمل میں کلورائیڈز (chlorides) کے اخراج کی مقدار بڑھ جاتی ہے، مگر اس بارے میں بعض تحقیقاتیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ کلورائیڈز (chlorides) درحقیقت گھٹ جاتے ہیں، جو کہ ایک متوقع امر بھی ہے کیونکہ بیشتر مصنفین متفق ہیں کہ فاسفیٹس (phosphates) اور سلفیٹس (sulphates) کم ہو جاتے ہیں۔

حاملہ عورتوں کے پیشاب میں ایسٹرن (cestrin) اور نغامی ہارمون پایاجاتا ہے (دیکھو صفحہ ۷۱)۔

عصبی نظام۔ بہت زمانہ سے یہ مشاہدہ کیا جا رہا ہے کہ دوران حمل میں عصبی نظام عام طور پر زیادہ خراش پذیر ہو جاتا ہے۔ اس کے ثبوت میں یہ امر پیش کیا جاتا ہے کہ معکوس عصبی اختلالات باسانی پیدا ہو جاتے ہیں۔ دوران حمل میں مارننگ سنکس (morning sickness = صبح کی متلی) کو، ان اختلالات کی ایک مثال بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ امر بہت ہی مشکوک ہے کہ مارننگ سنکس (صبح کی متلی) محض ایک معکوس منظر ہے۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ یہ متلی درحقیقت خون میں دورہ کرتی امونی کسی سمی شے کے نتیجہ ہے، جو اس لئے متلی پیدا کرتی ہے کہ عصبی مراکز کی خراش پذیری بڑھی ہوتی ہے۔

عصبی نظام کی خراش پذیر حالت بالعموم نفسی تغیرات کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ مریضہ کے مزاج میں تغیر واقع ہو جاتا ہے جو کہ بعض اوقات ناخوشگوار قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ مغلوب الجذبات اور چڑچڑی ہو جائے، جسے باسانی غصہ دلایا جاسکے اور باسانی مایوس کیا جاسکے۔ تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے کہ غذا کی طلب ہوتی ہے، اور یہ بعض اوقات مرضی صورت اختیار کرتی ہے۔ بدیں وجہ کھانے کی ان غیر معمولی اشیاء کی جو بیان ہو چکی ہیں، بعید خواہش ہوتی ہے میٹیریا (hysteria) ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں ہے۔ اور چہرہ کا اعصابی درد نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے، خاص کر اگر کوئی بوسیدہ دانت موجود ہوں۔ بعض اوقات بیخوابی واقع ہوتی ہے جس کی اکثر اوقات وجہ بتانا مشکل ہوتا ہے، کیونکہ دوران حمل میں اس تکلیف کے بہت سے اسباب ہیں، اور مرکزی نظام عصبی میں خواہ تبدیلی نہ بھی ہو تو بھی وہ تنہا بیخوابی پیدا کر سکتے ہیں۔

بخلاف اس کے بعض حاملہ عورتوں کی دماغی حالت کا تغیر روبہ اصلاح ہوتا ہے۔ وہ اپنے کو دماغی و جسمانی حیثیت سے قوی تر محسوس کرتی ہیں، زیادہ خوش و خرم ہو جاتی ہیں اور کم پریشان کرتی ہیں، اور ایک عمومی تندرستی کا احساس رکھتی ہیں۔ بد قسمتی سے ایسی خواہش تقصیب عورتیں بہت کم ہیں۔

خطہ غذائیہ - مارننگ سکنس (= morning sickness) صبح کی متلی، جو عموماً حمل کے تقریباً چھٹے ہفتہ کے آخر میں شروع ہوتی ہے اور اوسطاً دو ماہ تک جاری رہتی ہے، حمل کے مظاہر میں سے ایک عام ترین اور نہایت ہی مستمر منظر ہے۔ یہ عموماً یوں رونما ہوتی ہے کہ مریضہ صبح کو بستر سے اٹھتے ہی فوراً ابکائیاں کرنے لگتی ہے اور عموماً قدرے صفرا لود مخاط قے ہوتا ہے، بعد اس کے ایک طبعی اصابت میں مریضہ کو کوئی مزید متلی نہیں ہوتی۔ مگر بہت سی عورتوں میں دن بھر میں ایسا ہوتا ہے کہ وقفہ وقفہ سے متلی ہوتی ہے اور مزید مخاط قے میں خارج ہوتا ہے۔ اگر استفراغ میں واقعی غذا نہ گریے تو یہ صورت کچھ اہم نہیں ہے۔ لیکن اگر قے میں غذا گریے تو حالت حقیقتاً مرضیاتی ہو جاتی ہے، اور اسے حمل کی مفراطے شمار کرنا چاہئے۔ بعض عورتیں مطلقاً کبھی قے نہیں کرتیں اور نہ کوئی متلی محسوس کرتی ہیں۔ ممکن ہے

یہ محض ایک اتفاق ہو، لیکن متلی اکثر اوقات اُن عورتوں میں بھی واقع ہوتی ہے جو یہ جانتی ہیں کہ وہ حاملہ ہیں۔ ایسی عورتیں جو دوران حمل میں کبھی کسی وقت متلی محسوس نہیں کرتیں، حقیقت میں مریضات کا بہت چھوٹا گروہ بناتی ہیں۔ ہڈی اور فلیٹولینس (=flatulence) ریخت بہت عام ہوتی ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ ہڈی اور فلیٹولینس (ریخت) صرف حمل کے اخیر ہی میں واقع ہو، یعنی اس وقت جبکہ معدے پر دباؤ اور امعاء کی جبروی رکاوٹ کو علمی اسباب خیال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات دوران حمل میں معوی اور معدی تمدد بہت ابتدا سے واقع ہوتا ہے اور شکمی کلانی کا احساس پیدا کرتا ہے، جس سے اس امر کا حمل کس درجہ تک ترقی کر چکا ہے غلط اندازہ لگ سکتا ہے۔

56

عموماً اشتہا اچھی ہوتی ہے، جنین اور بڑھتے ہوئے رحم کو رسد پہنچانے کے لئے اور مختلف حصص جسم میں چربی جمع کرنے کے لئے زیادہ غذا کی ضرورت ہوتی ہے۔ لہذا ہڈی اعضا پر زیادہ بار پڑتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس کے قابل نہ ہوں۔ اکثر اوقات کھانے کی ایسی اشیاء کی بھی طلب ہوتی ہے جو ناقابل ہضم ہوتی ہیں۔ ان کے آزادانہ کھانے سے اختلالات ہضم پیدا ہوتے ہیں۔ سینہ کی سوزش ایک عام شکایت ہے۔ اسکو قلیات کے ذریعہ تسکین ہوتی ہے، لیکن زمانہ حال میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ ایسی بعض اصابتوں میں ہائڈروکلورک ترشہ کی قلت ہوتی ہے، ان اصابتوں میں ہائڈروکلورک ترشہ کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں دینے سے تسکین ہوتی ہے۔

قبض۔ دوران حمل میں عام ہے جیسا کہ عورتوں میں باقی اوقات میں بھی ہوتا ہے۔

بیشتر اوقات ہمراڈز (=haemorrhoids) بوا سیری (مستے) پیدا ہوجاتے ہیں، اس طرح جس طرح کہ دوران حمل میں ٹانگوں اور ولوا (=vulva) فرج) کی ویری کوس (=varicose) دوالی نما) وریدیں بہت عام طور سے واقع ہوتی ہیں۔ یہ ضرور نہیں کہ یہ قبض سے ہی پیدا ہوں مگر قبض سے ان میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ ان کا سبب ریکٹل وینز (=rectal veins) مستقیم وریدوں) اپریا عام طور سے پلوکٹیز (pelvic veins) = حوضی وریدوں) پر بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ پڑنا ہے۔

ہمراڈز (بوا سیری) ممکن ہے بہت تکلیف دہ اور نہایت بے چینی کا

باعث ہوں لیکن عموماً وہ بعد وضع حمل غائب ہو جاتے ہیں۔

تھائرائڈ (thyroid = غده درقی)۔ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے کہ تھائرائڈ (غده درقی) دوران حمل میں بڑھ جاتا ہے، مگر اس خیال کا ثبوت کرنا مشکل ہے۔
 خفیف درجہ کی تھائرائڈ (درقی) کلانی باسانی نہیں معلوم کی جاسکتی، خاص کر اگر یہ معلوم نہ ہو کہ تھائرائڈ (غده درقی) کی حالت حمل سے پہلے کیا تھی۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دوران حمل میں صحیح تحول کے لئے ضروری ہے کہ تھائرائڈ (درقی) افراز کی رسید زیادہ ہو جائے۔ بعض ماہرین کا یہ بھی خیال ہے کہ تھائرائڈ (درقی) افراز کی قلت ایک ٹاکسیمک (تسمی) حالت پیدا کرتی ہے اور اکلیمپسیا (eclampsia = انشجاج) کی استعداد پیدا کرتی ہے۔

باب پنجم

حمل کی مدت

57

یوٹروژیشن (uterogestation = رحمی حمل) کی اوسط مدت ۲۷۳ دن ہوتی ہے۔ اس کا اندازہ ایسی مثالوں سے لگایا گیا ہے جن میں یہ معلوم ہو چکا تھا کہ صرف ایک بار جماع ہوا ہے۔ اس عدد کو مختلف مشاہدین نے قریبی طور پر تصدیق کیا ہے تاہم اسے انسان میں یوٹروژیشن (رحمی حمل) کی حقیقی مدت کا منظر نہیں سمجھا جاسکتا۔ یہ تو صرف ظاہر کرتا ہے کہ ایک واحد بار ورجماع سے لیکر وضع حمل کے وقت تک کتنے ایام گزرتے ہیں۔ اس سے اووم (بیضہ) کی باروری کی تاریخ یا استقرار حمل کا اصلی وقت معلوم کرنے میں کوئی مدد نہیں ملتی۔

یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ سپرمیٹازوا (spermatozoa = حیوانات منویہ) مہم کے باہر موافق حالات میں تقریباً دس یوم اور جسم کے اندر نہایت موافق حالات کے تحت تقریباً اٹھارہ سے اکیس روز زندہ رہتے ہیں۔ لہذا نظری طور پر ایک بار جماع ہو چکنے کے چودہ روز بعد بھی باروری واقع ہو سکتی ہے۔ تاہم یہ امر غالب تر ہے کہ استقرار حمل ایک معلوم واحد جماع کے بعد اوسطاً چار یوم کے اندر واقع ہوتا ہے۔

یہ امر کہ حمل ۳۰ دن تک یا زیادہ طول کھینچ سکتا ہے، طبی قانونی نقطہ نگاہ سے بہت دلچسپ ہے، کیونکہ اس پر بچے کی لیمینٹی میسی (legitimacy = صحیح النسبی) منحصر ہو سکتی ہے۔

املکتان و ریاستہائے متحدہ امریکہ میں قانون نے یوٹروٹیشن (رحمی حمل) کا کوئی معین زمانہ مقرر نہیں کیا ہے۔ اسکاٹ لینڈ (Scotland) فرانس (France) اور آسٹریا (Austria) میں ۳۰۰ دن کی حد مقرر ہے۔ یہ ۳۰۰ دن جو آخر قدرتی "ایام حیض" کے پہلے دن سے شمار کئے جاتے ہیں، رحمی حمل کے زمانہ سے اوسطاً تینیس دن کی زیادتی ظاہر کرتے ہیں اور بدلتے ان کی توجیہ خالصۃً فعلیاتی اسباب کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ سپرمیٹازوا (spermatozoa = حیوانات منویہ) کا جنسیل ٹریکٹ (genital tract = خط تناسلی) میں تین ہفتے زندہ رہ سکتا یہ معنی رکھ سکتا ہے کہ جماع کے بعد باروری میں اتنی ہی مدت کی تاخیر ہو سکتی ہے (کم سے کم نظری طور پر)۔ لہذا جب کوئی بچہ ایام حیض کے اول دن سے ۳۰۰ دن بعد پیدا ہوتا ہے تو یہ گمان پیدا ہوتا ہے کہ استقرار حمل تین ہفتے بعد ہوا ہوگا اور حقیقتاً یہ یوٹروٹیشن (uterine gestation = رحمی حمل) کے زمانہ کی اطالت کی مثال نہ ہوگی۔

بغلاف اس کے ایسی سریری شہادت بھی موجود ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ حمل رحمی کے زمانہ میں اطالت حقیقتاً واقع ہوتی ہے۔ اس امر کا بہترین ثبوت طفل کی غیر طبعی لمبائی اور وزن ہوتا ہے لیکن اول الذکر نشانی زیادہ اہم ہے۔ اب کثرت سے ایسی شہادت پائی جاتی ہے جو قطعی طور پر ثابت کرتی ہے کہ اگر حمل (آخری ایام حیض) کی تاریخ سے شمار کرتے ہوئے اطالت پذیر ہو جائے تو بچہ ہمیشہ اوسط وزن اور جسامت سے زیادہ ہوتا ہے۔ یہ پوسٹ میچور (postmature = زائد از میعاد) اطفال کہلاتے ہیں اور علاوہ اطالت پذیر یوٹروٹیشن (رحمی) کی فعلیاتی دلچسپی کے بہت کافی سریری اہمیت رکھتے ہیں۔ ان اطفال کے سروں کی غیر طبعی جسامت اور غیر معمولی سختی، ڈفی کلٹ لیسبر (difficult labour = غیر وضع حمل) کا سبب ہوتی ہے لہذا ان میں سے بعض بچے دوران ولادت میں ضائع ہو جاتے ہیں۔ مگر ایک زیادہ اہم خطرہ یہ ہے کہ بچہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل یعنی اول مرحلہ وضع حمل کے دوران میں ہی مر جائے۔ اس قسم کے واقعات کی اب اس کثرت سے اطلاع دی گئی ہے کہ یہ یقین کرنے کی ضرورت ہے کہ رحم میں زیادہ عرصہ تک رہنے سے بچہ کی حیویت کو مضرت پہنچتی ہے [غالباً پلینٹا (شیمہ) کے انحطاط کی وجہ سے] تاہم بچہ کے وزن سے ثابت ہے کہ اس کے تغذیہ کو نقصان نہیں پہنچتا۔ جب انقباضات حملی شروع ہو جاتے ہیں تو یہ دموی رسد کو ایک لمحہ کے لیے بند کر دیتے ہیں اور چونکہ بچہ کی حیویت گھٹی

ہوتی یا کمزور ہوتی ہے لہذا وہ مر جاتا ہے۔

بہر کیف اس سے ایک یقینی نتیجہ نکالا جاسکتا ہے اور وہ یہ ہے کہ اگر حساب لگانے پر یوٹروجنیشن (حمل رحمی) کے زمانہ کی غیر معمولی اطالت پائی جائے تو بچہ کے مفاد کے لحاظ سے وضع حمل کا امانہ کر دینا چاہئے۔

وضع حمل کی تاریخ کا حساب لگانا۔ چونکہ استقرار حمل واقع ہونے کا ٹھیک

وقت معلوم کرنے کا کوئی ذریعہ موجود نہیں ہے لہذا یوٹروجنیشن (رحمی حمل) کے زمانہ کا حساب آخری ”قدرتی ایام“ سے لگانے کا دستور ہے۔ یہ طریقہ اس لئے اختیار کیا گیا ہے کہ سب سے بارور زمانہ وہی ہوتا ہے جو کہ فوراً حیض کے بعد ہی آتا ہے۔ جو تاریخ کہ نہایت عام طور سے نظر اور یاد میں رہتی ہے وہ حیض کا پہلا دن ہے اس لئے عموماً اسی دن سے حساب لگایا جاتا ہے۔ اگر اوسطاً چار روز حیض کئے اور تین اور دن اس زمانہ کے جو کہ وقوع استقرار حمل سے پہلے گزرتا ہے ملحوظ رکھے جائیں تو وضع حمل کی متوقع تاریخ کے حساب لگانے کا سہل ترین طریقہ یہ ہے کہ آخری ”ایام حیض“ کے پہلے دن سے نو تقویمی تہینے آگے یا تین تقویمی جمعے پیچھے شمار کئے جائیں اور اس میں سات دن زیادہ کر دئے جائیں۔ یہ آسان طریقہ عملی طور پر صحیح ہے اور خواہ سال کا کوئی بھی مہینہ ہو ”ایام حیض“ کے پہلے دن سے شمار کرتے ہوئے ۲۸ دن کا اوسط پیش کرتا ہے۔

اگر تاریخ معلوم ہو جائے تو اس میں کافی غلطی ہو سکتی ہے کیونکہ ممکن ہے حیض سے چند دن کے بعد استقرار حمل واقع ہوا ہو۔ مثلاً اگر پہلے حیضی ناغہ سے ذرا ہی قبل استقرار حمل واقع ہوا ہو تو وضع حمل کی تاریخ میں حساب کی ہوئی تاریخ کی بہ نسبت تقریباً تین ہفتہ کی تاخیر ہو سکتی ہے حالانکہ کوئی حقیقی اطالت حمل واقع نہیں ہوتی۔

اکثر اوقات وقت اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وضع حمل کی اغلب تاریخ اس وقت معلوم کرنے کی کوشش کیجاتی ہے جبکہ آخری ”ایام حیض“ کی تاریخ معلوم نہیں ہوتی یا اینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) کے زمانہ مثلاً لیکٹیشن (lactation = رضاعت) میں استقرار حمل واقع ہوا ہوتا ہے۔ مغالطات اس طرح بھی پیدا ہوئے ہیں کہ مریضہ آخری ایام کی مفروضہ تاریخ میں غلطی کرتی ہے۔ ان تمام صورتوں میں قیج مدت حمل کا اندازہ لگانے کی کوشش

اس بنا پر کی جاتی ہے کہ رحم پیلوئس (pelvis = حوض) میں کس بلندی تک اونچا ہو گیا ہے۔ ایلیس میکڈانلڈ (Ellice Macdonald) کا وہ طریقہ جس میں پوبیز (pubes = عانہ) سے اوپر فنڈس یوٹرائی (fundus uteri = قعر رحم) کی بلندی ناپی جاتی ہے اور اس سے حساب لگایا جاتا ہے، ایک سابق پیریگراف میں بیان کیا جا چکا ہے اور یہ یقینی طور پر کچھ مفید ہے۔ اس کو مختصراً اس طرح یاد رکھنا چاہئے :- اگر پوبیز (عانہ) سے اوپر فنڈس یوٹرائی (قعر رحم) کی سستی میٹر میں بلندی معلوم کر کے اس کو ۵، ۳ سے تقسیم کیا جائے تو اس سے ان قمری مہینوں کی تعداد حاصل ہوتی ہے جو استقرار حمل کے بعد گزرے ہیں۔

توکنگ (puickening = ارتکاض) کی تاریخ حاصل شدہ اعداد کی جانچ کرنے میں مدد دیتی ہے، مگر یہ اتنا اختلاف پذیر ہوتی ہے کہ زیادہ علمی فائدہ کی نہیں۔ توکنگ (ارتکاض) عاجل ترین ہو تو سوطوں ہفتہ واقع ہوتا ہے، مگر عملی اغراض کے لئے بہترین ہے کہ اسے ذرا بعد میں مقرر کیا جائے، مثلاً ستر مہینے ہفتے۔ بذریعہ شکلی پیمائش جو مدت حمل پہلے سے دریافت کی جا چکی ہے اگر توکنگ (ارتکاض) کی تاریخ بظاہر اس کی تصدیق کرتی ہو، تو وضع حمل کی حساب شدہ تاریخ کا سبقت بھروسہ سے انتظار کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اگر توکنگ (ارتکاض) کی تاریخ میں اور تخمینہ کردہ تاریخ وضع حمل میں وسیع اختلاف ہو، تو صرف موخر الذکر عدد دہی کا لحاظ کرنے کی ضرورت ہے۔

سابقہ حمل کے اثرات :- بعض اوقات طبی قانونی نقطہ نظر سے ضروری

ہوتا ہے کہ ہم سابقہ حمل کے اثرات پہچان سکیں۔ یہ ضرورت یا تو ایبارشن (abortion = استقاط) کے بعد یا پورے دن کے وضع حمل کے بعد فوراً ہوتی ہے، یا پھر اس سے بھی زیادہ متاخر تاریخ میں ہوتی ہے۔ حالیہ وضع حمل کے امارات ہمیشہ واضح ہوتے ہیں، مگر ایبارشن (استقاط) کے امارات ممکن ہے واضح نہ ہوں۔ مزید برآں پورے دن کا وضع حمل مریضہ میں جو نشانات چھوڑ جاتا ہے وہ کبھی نہیں مٹ سکتے، درحالیکہ ایبارشن (استقاط) کے بعد ممکن ہے کوئی بھی امارت باقی نہ رہے۔

حالیہ یعنی ہفتہ دو ہفتہ پہلے کے وضع حمل کے امارات عام اور مقامی ہوتے ہیں۔ عام امارات پرستانی تغیرات اور جلدی تبدیلیوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ پستان بھرے ہوئے ہوں گے اور ان میں دودھ ہوگا اور ممکن ہے بوجہ جلدی تناؤ کے ان پر سٹریا (striae =

خطوط) ظاہر ہوں۔ شکمی دیوار مرتخی ہوگی، جلدی ملون ہوگی، اور سٹرایا گریوڈیرم (=striae) gravidarum= خطوط الحمل) موجود ہوں گے۔ موخر الذکر اپنا گلابی اور ملون منظر کھو چکے ہوں گے، اور سفید و ندبی ہو گئے ہوں گے۔

مقامی امارات، جسم رحم، سروکس (cervix= عنق) و یجائنا (vagina= مہبل) اور ولوا (vulva= فرج) میں ہوں گے۔ رحم بڑھا ہوا ہوگا، جسامت اس پر منحصر ہوگی در وضع حمل سے کتنا زمانہ گزر چکا ہے۔ ممکن ہے انقباضات حملی محسوس ہو سکیں۔ سروکس (عنق) نرم اور کیقدر پیٹولس (patulous= فراخ) ہوگا، اور اغلباً ایک ہفتہ تک کے بعد انگلی داخل ہو جائے گی۔ ممکن ہے سروکس (عنق) میں حالیہ لیسیریشنز (lacerations= دریدگیاں) ہوں۔ اکثر اوقات یہ لیسیریشنز (دریدگیاں) دو طرفی ہوتی ہیں، لیکن اگر ایک لیسیریشن (دریدگی) ہو تو یہ عموماً بائیں جانب ہوتی ہے۔ سروکس (عنق) کا معائنہ ان لیسیریشنز (دریدگیوں) کو ظاہر کر دے گا، اور عنق کی عام طور سے سیخ اور متلی شکل کو آشکار کرے گا۔ سرواسکل فتال (عنقی قتال) سے افزائش ہوا نظر آئے گا۔

ویجائسل (مہبل)، دیواریں مرتخی ہوں گی، اور ان میں شکنیں پڑی ہوں گی۔ انکی طبعی جھڑیاں ہموار ہو گئی ہوتی ہیں، اور اگر بذریعہ منظر ان کا معائنہ کیا جائے تو ممکن ہے وہ نیسے چاک اور چھوٹے نزفات ظاہر کریں۔ ہامن (hymen= پردہ بکارت) اپنی پوری دبازت کے اندر گہری لیسیریشنز (دریدگیاں) ظاہر کرے گا، اور اس کے باقیات متورم اور متلی ہوں گے۔

فورشٹ (fourchette= قید الشفرتین) حسب دستور سمت انتصابی میں پٹھا ہوا ہوگا، اور ممکن ہے کہ پرینیم (perineum= عجان) اور ویجائنا (vagina= مہبل) کے اسفل حصہ کی کم و بیش لیسیریشن (دریدگی) موجود ہو۔ ان لیسیریشنز (دریدگیوں) کی موجودگی اس امر کی سب سے زیادہ یقینی شہادت ہے کہ حال میں پورے دن کی ولادت ہوئی ہے۔

مکن ہے کہ ولول (vulval= فرجی) جلد میں چھوٹی چھوٹی لیسیریشنز (دریدگیاں) ہوں، اور ممکن ہے یہ بعض اوقات میٹس یورینریٹس (meatus urinarious= منفذ بولی) کے ارد گرد سامنے کے حصہ پر ہوں۔ مذکورہ بالا لیسیریشنز (دریدگیاں) جب موجود ہوں تو یہ بلحاظ اُس وقت کے کہ جو گزر چکا ہو، انکو رندھی ہوئی حالت میں ہوتی ہیں، یا تقریباً مندل شدہ

ہوتی ہیں۔
ہنسلی رطوبت کم و بیش بلحاظ اس امر کے کہ رحم میں ان ولین (involution =
عکس) کس درجہ تک واقع ہو چکا ہے خون آلود اور مغرط ہوگی۔

اس سے بھی زیادہ دشوار یہ ہے کہ کسی درجہ اعتماد کے ساتھ یہ کہا جائے کہ ایک عورت کو
حال میں ایبارشن (abortion = اسقاط) ہوا ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کے ایک ہفتہ بعد
بھی مقامی طور سے یا عمومی طور سے کوئی شے ہنس پائی جاتی جس کی بنا پر یہ حلفیہ بیان کیا جائے
کہ یہ تازہ حمل کے امارات ہیں۔ قدر تا جتنا جلد ایبارشن (اسقاط) ہوگا، اتنا ہی کم اس کا امکان
ہوگا کہ وہ اپنے تازہ وقوع کی کوئی مثبت امارت چھوڑے۔ اغلباً سروکس (عق) ویسٹائٹس
(ہسبل) یا ولوا (فرج) کی دریدہ گلیاں یا مضر تیں نہ ہوں گی۔ ممکن ہے رطوبت بند ہو گئی ہو
اور حصے متعلق نہ ہوں۔

رحم یقیناً بڑھا ہوا ہوگا مگر قطعی طور سے یہ کہنا ناممکن ہے کہ رحم کی خفیف کلانی تازہ
ایبارشن (اسقاط) ہی کی وجہ سے ہے ممکن ہے کہ وہ کسی زمانہ ماضی کے حمل کے سبب سے ہو۔
مریضہ حامل ایبارشن (abortion = اسقاط) میں ایک ہی دو دن کے اندر دیکھی اور جانچی
نہ گئی ہو تو اس امر کا امکان بالکل نہیں کہ مثبت امارات موجود ہوں گی۔

پورے دن کے قریب سابقہ حمل اور ولادت کے امارات۔ عام

امارات پستانی اور شکمی ہوتے ہیں۔ پستان عموماً ذرا ڈھیلے اور پیڈولس (pendulous =
لٹکے ہوئے) ہونے پر مائل ہوتے ہیں۔ نیپلز (nipples = بھنٹیاں) بھبھے ہوئے ہوتے ہیں،
ایریولا (areola = ہالیزہ) اچھی طرح نمایاں ہوتا ہے اور اس ملون خط کے باقیات بھی
دیکھے جاسکتے ہیں جو کہ سیکنڈری ایریولا (secondary areola = ہالیزہ ثانی) کی نمائندگی
کرتا ہے۔ اگر عورت نے بچہ کو دودھ نہیں پلایا ہے تو ان تمام مناظر میں بہت تغیر و تبدل کا
امکان ہے اور ممکن ہے کہ ایک بھورے بالوں والی عورت میں یہ کمپنری (pigmentary =
لونہ) امارات بالکل مفقود ہوں۔

شکمی دیواریں ہمیشہ مرتخی اور ابھری ہوتی ہیں مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مرتخی
اور امعا کا مرتخی تمدد بھی شکم میں ابھار پیدا کر سکتا ہے۔ سٹرایا گریوڈیرم (خطوط الحمل) سفید

روپہلی دھاریوں کی صورت میں جن کو لنیا البی کینٹیز (linea albicantes = خطوط ابض) کہتے ہیں غیر معینہ مدت تک قائم رہتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی وہ بالکل مفقود ہوتے ہیں مثلاً ان مورتوں میں جن میں قبل از میعاد وضع حمل واقع ہوا ہو، بلکہ پورے دن کی زچگی کے بعد بھی مفقود ہو سکتے ہیں۔ یہ بھی فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ یہ نشانات محض فرضی کا نتیجہ بھی ہو سکتے ہیں (جانچہ مردوں میں بھی واقع ہوتے ہیں) اور ممکن ہے رسولیوں یا ایسائٹس (ascites = استسقاؤزی) سے پیدا شدہ شکمی تمدد کا نتیجہ ہوں۔ مونرالڈ کر صورت میں ممکن ہے کہ ایک شکمی ندبہ موجود ہو جو یہ ظاہر کرے کہ کوئی عملیہ کیا جا چکا ہے۔

مقامی طور سے رحم مستقلاً بڑھا ہوا ہوتا ہے مگر کلائی کی مقدار اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ وہ مزمن میٹرائٹس (metritis = التهاب الرحم) کی کلائی سے تمیز نہیں کی جا سکتی۔ سروکس (عنت) بڑھ جاتا ہے اور اس یوٹرائی (فم رحم) شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس یوٹرائی (فم الرحم) ایک مدور یا بیضاوی فتحہ نہیں رہتا بلکہ وہ تقریباً ہمیشہ ایک مستعرض جھری میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اس میں کٹاؤ فطر آئیں جو دریدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ جپ جانبی یعنی ایک جانبی ہوتے ہیں یا دو جانبی یعنی کوکبی ہوتے ہیں۔ یہ یا در کھنا چاہئے کہ سروکس (عنت) میں کٹاؤ ممکن ہے کہ بانجھ پن یا ڈس مینوریا (dysmenorrhea = عسر طمث) کیلئے کئے ہوئے کسی سابقہ عملیہ کا نتیجہ ہوں۔

پہلی دیواریں ہموار ہوتی ہیں اور اپنی قدرتی مجھریاں کھودتی ہیں۔ ہائمن (hymen = پردہ بکارت) گہری لیسیریشنز (lacerations = دریدگیوں) کے ندبے ظاہر کرتا ہے جو اس کی کل دبازت میں ہوتے ہیں اور جن کی وجہ سے چھوٹی گریں اور ابھار باقی رہ جاتے ہیں، ان کو کرکی مرنی فارس (carunculæ myrtiformis = لیحات اسب) کہتے ہیں۔ وضع حمل کے علاوہ جماع بھی ہائمن (hymen = پردہ بکارت) کو مضرت پہنچاتا ہے مگر اس سے جو لیسیریشنز (دریدگیاں) ہوتی ہیں وہ اوپری ہوتی ہیں اور ہائمن (پردہ بکارت) کو مکمل طور پر نہیں پھاڑتا۔ ممکن ہے کہ ہائمن (پردہ بکارت) جماع سے صرف تسع ہو جائے اور اس میں لیسیریشن (دریدگی) نہ ہو۔ فورشٹ (fourchette = قید الشفرتین) پورے دن کے وضع حمل میں ہمیشہ پھٹ جاتی ہے اور فوسا نیویکیولیرس (fossa navicularis = حفرہ زورقیہ) چپٹا ہو جاتا ہے اور بحیثیت ایک جدا خلاء کے اس کا وجود ختم ہو جاتا ہے۔ پرنیم (غجان) میں ایک ندبہ

اور ویرجائنل اوٹ لٹ (vaginal outlet = مہبلی مخرج) کا عام ارتخا و وضع حمل کی بہت ہی ایمان امارات ہیں۔

اگر حمل کے ابتدائی ہفتوں میں سابقہ ایبارشن (abortion = اسقاط) ہوا ہو تو وہ نہایت عام طور سے قطعی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ مذکورہ بالا بیان سے ظاہر ہے کہ جب تازہ ایبارشن (اسقاط) کے امارات کا شناخت کرنا آسان نہیں ہے تو ایک زمانہ بعید کے اسقاط کی امارات پہچاننا عملاً ناممکن ہوگا۔

امارات دوشیزگی۔ بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ عورت کی دوشیزگی

62

یا عدم دوشیزگی کے متعلق رائے دینا پڑتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سوال نہایت ہی آسان معلوم ہو یا اس کا طے کرنا قطعی ناممکن ہو۔ مثلاً اگر ولوا (فرج) کے امتحان کرنے پر یہ دیکھا جائے کہ بائمن (پردہ بکارت) بالکل صحیح و سالم ہے اور اس میں صرف انگلی کا سر داخل ہو سکتا ہے اور اسکی نیز کو رہے جو انگلی کو سختی یا مضبوطی سے پھینچ لیتی ہے تو ثابت ہو جاتا ہے کہ انگلی کے سر سے زیادہ بڑی چیز کا دخول واقع نہیں ہو سکتا تھا لہذا یہ قطعی رائے دی جا سکتی ہے کہ عورت ایک بارہ (ورگوان ٹیکٹا = virgo intacta = چھوٹی دوشیزہ) ہے۔ تاہم اگر بائمن (پردہ بکارت) میں باسانی ایک یا دو انگلیاں داخل ہو جائیں تو یہ مجامعت ہوئے کا کوئی قطعی ثبوت نہیں ہے۔ لیکن اگر بائمن (پردہ بکارت) کئی مقامات پر کٹاؤ دار ہو، مرنخی و متب ہو اور ایک یا دو انگلیاں باسانی اندر داخل ہو جائیں اور یہ عورت نہ تو جھکے نہ در محسوس کرے اور نہ کوئی زبان سے شکایت کرے تو بہت اغلب ہے کہ جماع واقع ہو چکا ہے۔

یہ فراموش نہ کرنا چاہئے کہ اگر دخول نہ بھی ہوا ہو تو بھی حمل واقع ہو سکتا ہے۔

تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بائمن (پردہ بکارت) کا متع ہونا یا کٹاؤ دار ہونا اس امر کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے کہ کسی امتحان کے دوران میں محض انگلی داخل کی گئی ہو یا مریضہ کا ایسا عملیہ یا امتحان کیا گیا ہو جس میں سپیکولم (speculum = منظار) استعمال کیا گیا ہو نیز وڈش (douche = فطول) کی ٹونٹی کا مسلسل دخول بھی یہی اثر پیدا کر سکتا ہے۔ اس صورت میں صرف یہ کہا جا سکتا ہے کہ کوئی شے بائمن (پردہ بکارت) کے اندر داخل کی گئی ہے جو اس کو تاننے یا کٹاؤ ڈالنے کے لئے کافی تھی۔ یہ ثابت نہیں ہوتا کہ یہ مناظر مجامعت کا نتیجہ ہیں۔

مکن ہے ایسے جماع کے امارات جو پہلی مرتبہ حال ہی میں کیا گیا ہو، مذکورہ بالا امارات سے زیادہ مثبت ہوں۔ ہامن (پردہ بکارت) کی تازہ غیر مندل لمیٹریشنز (دریدگیاں) موجود ہوں گی، حصص سرخ اور متورم ہوں گے اور مکن ہے یہ حادثہ طور پر حساس ہوں۔ زنا بالجبر کی حال میں کوشش کی گئی ہو تو دستور یہ ہے کہ ویسجائنا (مہبل) میں یا عورت یا بچہ کے کیڑوں پر سپرمیٹازوا (حیوانات منویہ) کی موجودگی کے لئے تلاش کی جاتی ہے۔ جب مناسب طریقوں سے امتحان کیا جائے تو لباس پر ایک خشک دھبہ سپرمیٹازوا (= spermatozoa) حیوانات منویہ) کی موجودگی ظاہر کرے گا، جس میں قطعاً کوئی شبہ نہیں کیا جاسکتا۔

باب ششم

تشخیص حمل

حمل کی موجودگی کی شناخت کرنا اکثر اوقات ایک کافی دشوار امر ہوتا ہے کم از کم ابتدائی ہفتوں میں جب کہ مثبت امارات مفقود ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ عمرانی وجوہ کی بنا پر اکثر اوقات یہ اہم ہوتا ہے کہ ایک پیلوک لیٹرن (pelvic lesion = حوضی ضرر) کو ممکن حمل سے تمیز کیا جائے۔

یہ صاف طور پر سمجھ لینا چاہئے کہ اس وقت جبکہ ابھی مثبت امارات جیسے کہ قلب جنین یا حصص جنین کا شناخت کیا جانا، موجود نہیں ہوتیں، تشخیص حمل کسی ایک امارت پر نہیں بلکہ علامات غلط پر منحصر ہوتی ہے۔ کئی امارات و علامات کا مجموعہ ہی ابتدائی زمانہ کے حمل کی تشخیص ممکن بناتا ہے۔ حمل کی علامات و امارات پر بہترین طور پر بحث کرنا ہو تو یہ اُسی ترتیب میں کی جاتی ہے کہ جس میں یہ واقع ہوتے ہیں۔

ایمنوریا (amenorrhea = عدم الطمث) حمل کی اول ترین امارت

ایمنوریا (amenorrhea = عدم الطمث) ہے۔ یہ نہایت اہم امارت ہے بالخصوص اُن عورتوں میں جن میں سابق میں حیض بالکل باقاعدہ آتا رہا ہو۔ ایام ماہواری کا وقت تارک جانا ایک بہت معنی خیز امارت ہے اور ایک تندرست عورت میں حمل کو سابق میں بالکل باقاعدہ حیض

آہٹا رہا ہو اس سے قیاس پیدا ہوتا ہے کہ استقرار حمل واقع ہو گیا ہے۔
قد زنا ایسی عورتیں جن کے ایام بے قاعدہ رہے ہوں یا جس نے کسی مرضیاتی سبب
کبھی کبھی ایک ایام ناغہ کیا ہو اس کی یہ اہمیت نہیں ہوتی۔ بہر حال یہ فراموش نہ کرنا چاہئے
کہ مندرجہ ذیل حالتوں میں بھی حمل واقع ہو سکتا ہے :-
۱۔ حیض شروع ہونے سے قبل۔

۲۔ اور مینوپاز (سن یا س) کے بعد۔

۳۔ اس وقت جبکہ بیماری یا لیکٹیشن (lactation = رضاعت) کی وجہ سے حیض
منفوق ہو۔ مگر اگر مذکور صورت میں حمل ہونا نسبتاً ایک عام واقعہ ہے۔

بمخلاف اس کے عرصہ سے یقین کیا جا رہا ہے کہ استقرار حمل ہو جانے کے بعد بھی ایک
یا دو یا تین مرتبہ حیض آ سکتا ہے۔ یہ امر جہاں تک کہ رحم کا تعلق ہے کم سے کم نظری طور پر ممکن
ہے کیونکہ اینڈومیٹریئم (endometrium = درون رحم) کی ایک امکانی سطح ایسی موجود
ہوتی ہے جہاں سے ڈیڈ و اویرا (حقیقی غشاء ساقط) اور ڈیڈ و اکیسپولیرس (کیسی غشاء ساقط) کے
ایک دوسرے سے چمک جانے تک یعنی تقریباً بارہویں ہفتہ تک خون حیض جاری ہو سکتا ہے۔

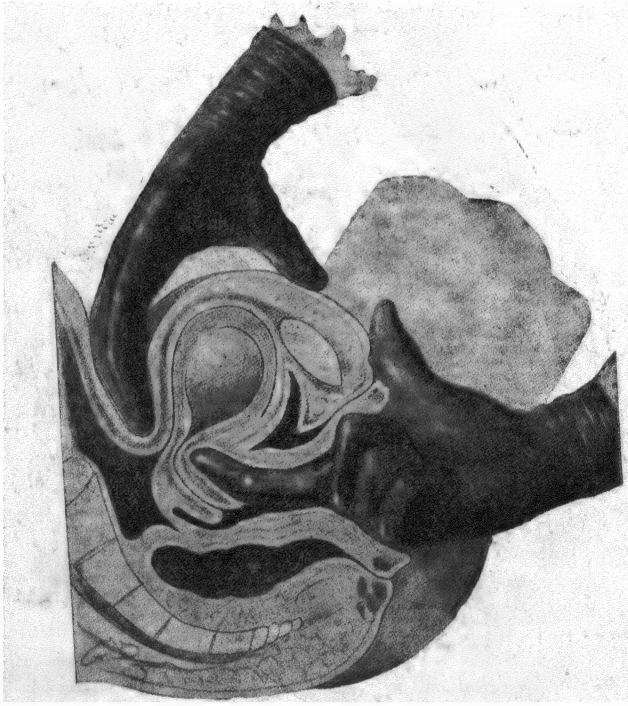
64

یہ ایک تسلیم شدہ حقیقت ہے کہ حاملہ عورت کے رحم سے ممکن ہے کہ نزفات واقع ہوں
اور ایسے واقعات نہایت عام ہیں۔ لیکن اگر ان نزفات کی بنیاد جانچ کی جائے تو معلوم ہوگا کہ
نہ تو ان میں حیض کی باقاعدہ دوریت پائی جاتی ہے اور نہ نقصان خون کی مقدار اتنی ہوتی ہے
درحقیقت ان صورتوں میں نزفات تھریٹنڈ ایبورش (threatened abortion = اسقاط
مختل) ظاہر کرتے ہیں نہ کہ حیض۔ یہ فرض کرنا بدیہات میں سے ہے کہ ایک حاملہ عورت کو نزف
ہو سکتا ہے مگر حیض نہیں ہوتا جس سے صرف وہ صورتیں متشبیہ ہیں جن میں ڈبل یوٹرس (double
uterus = دو ہر رحم) ہوتا ہے۔ پس اس عورت کو جو حاملہ ہے حیض نہیں آ سکتا۔

اگر صرف امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) ہی وہ علامت ہو کہ جس کی
شکایت کی جائے اور اگر حمل کی امارات ناقابل تردید نہ ہوں تو مریضہ کا بنیاداً متحان کرنا چاہئے
تاکہ امینوریا (عدم الطمث) کے تمام مرضیاتی اسباب کو خارج از بحث کر دیا جائے۔

پستان امارات :- اول چار ہفتوں میں پستانوں میں کیقدہ پرمی محسوس
ہوتی ہے۔ پستانوں کی اہمیت ایک بہت ابتدائی علامت ہے مگر عموماً مثبت پستانی تغیرات

کبھی نہیں پیش کرتا۔ لہذا اگر یہ واقعی موجود ہوں تو اُن کا مطلب اُس کے سوا کچھ نہیں ہوتا کہ حمل موجود ہے۔ (تصویر ۲۵ اور ۲۶)۔
 تیسرے چار ہفتوں کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ نمایاں پستانی تغیرات واقع ہوتے ہیں اور اس زمانہ کے اختتام پر ایریولا (مالیزہ) ملون ہونے لگتا ہے۔ یہ تغیرات سنا جلد صرف



تصویر ۲۵۔ ہیگر (Hegar) کی امارت محل جسم رحم کا بالائی حصہ گلوب نما اور لچکدار ہے۔ اور زیرین حصہ خالی ہے جس کی وجہ سے انگلیاں تقریباً باہم مل جاتی ہیں۔
 اگلی تصویر سے مقابلہ کرو۔

برینٹنز (brunettes = گندمی رنگ والی) عورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ گورے رنگ والی عورتوں میں ممکن ہے کہ پگمنٹیشن (لونیت) بہت کم عیاں ہو اور تاخیر سے واقع ہو۔ اہوقت

عموماً ایک افراز نیل (nipple = بھٹنی) سے نچوڑا جاسکتا ہے۔ اس زمانہ میں یہ ایک دودھیا سیال ہوتا ہے جس میں وہ گاڑھی ملائی کی سی خاصیت نہیں ہوتی جو اختتام حمل کے قریب اس میں ہوتی ہے۔ (سروس (عنق) اور ویجینل (مہلی) دیواروں کی رنگینی — یہ تقریباً بارہ ہفتوں میں



تصویر ۲۶۔ سب ان فولیوٹڈ (ناقص الحش) رحم کا بائی مینوئل (دوستی) امتحان بالائی حصہ گلوب نما نہیں ہے، اور زیرین حصہ ضرورت سے زیادہ نرم نہیں ہے۔

ظاہر ہوتی ہے۔ سروس (عنق) میں ذرا پہلے شروع ہو کر ویجینل انٹرنس (vaginal entrance = مہلی مدخل) کی طرف بتدریج نیچے کو پھیلتی ہے۔ اس کی وسعت کیا ہوتی ہے اور یہ ولوا (فرج)

پرس وقت ظاہر ہوتی ہے یہ دونوں امر اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ یہ وریڈی امتلاء کا نتیجہ ہوتی ہے رنگت نیلگوں ارغوانی ہوتی ہے جو ویسجائسل (مہلبی) دیواروں کے طبعی رنگ سے صاف طور پر مختلف ہوتی ہے۔ زیادہ ممکن ہے کہ رنگینی حمل کے سبب سے ہو نہ کسی دوسرے سبب سے مگر کبھی کبھی اس کی بالکل مثالی شکل رحم کی فائبرائیڈ (fibroid = لیفی) رسولیوں اور اوپرین سٹیز (ovarian cysts = بیضی دویروں) کے سلسلہ میں اور متحدہ مثانہ کی صورت میں بھی دیکھی گئی ہے

67

توکننگ (quickening = ارتکاض)۔ توکننگ عموماً سترہویں ہفتہ کے آخر میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے معنی ماں کا پہلی مرتبہ حرکات جنین کی تمیز کر سکتا ہے اس کے معنی جنینی حرکات کا ہونا نہیں ہیں۔ یہ ایک نہایت امتیازی علامت ہے اور عموماً یہ محسوس ہوتا ہے کہ رحمی دیوار پر اندر سے ایک زور کی تھاپ پڑتی ہے۔ یہ بھی معلوم ہے کہ بعض عورتوں میں یہ جذباتی اختلال حتیٰ کہ غشی پیدا کر دیتی ہے۔

علاوہ حمل کے بعض اوقات دوسری صورتیں بھی اس کا اشتباہ پیدا کر دیتی ہیں چنانچہ فلیٹولنس (flatulence = ریحت) اور امعالی پری سٹالٹک موومنٹز (peristaltic movements = حرکات ووددی) بعض اوقات ان عورتوں میں حرکات جنین کی قائم مقام خیال کر لی جاتی ہیں جو یا تو اپنے کو حاملہ تصور کرتی ہیں یا حاملہ ہونا چاہتی ہیں۔ یہ سوڈوسائیس (pseudocyesis = حمل کا زب) کی ایک نمایاں علامت ہے۔ اگر حقیقی جنینی حرکات ہوں تو وہ رحم پر ہاتھ رکھنے سے محسوس ہو سکتی ہیں۔

یوٹرائن سوفل (uterine souffle = رحمی ہمزیر)۔ یہ ایک موسیقی یا غنمی مرمر (murmur = خریر) ہے جو کہ رحم کے اطراف پر سماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ عموماً جب جلد یعنی سولہویں ہفتہ میں سنی جاسکتی ہے مگر یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ حمل کے کسی زمانہ میں بھی نہ سنی جائے۔ سوفل (souffle = ہمزیر) ماں کی نبض سے ہمزان ہوتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ رحمی شریانوں میں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ جہاں عروق رحمی عضلہ میں داخل ہوتے ہیں وہاں خون کی مقدار تنگ حصہ میں سے بہتا ہے اور یہ خیال ہے کہ خریر اسی طریقہ پر پیدا ہوتی ہے جس طرح کہ قلب کے معرعی امراض میں خریریں پیدا ہوتی ہیں، یعنی وینی فلوئڈ (veine fluid = سیال وریڈ) کے نظریہ کے مطابق۔

یوٹرائن سوفل (رحمی ہیز) کی علامت، محل کی قطعی دلیل نہیں ہے کیونکہ یہ جسم کی فائبرائیڈ (fibroid = لیفی) رسولیوں کی بعض اصابتوں میں بھی سنی گئی ہے۔ بعض اوقات یہ رحم کے ایک جانب بہتر سنائی دیتی ہے۔ اکثر اوقات بائیں طرف بہتر سنائی دیتی ہے، کیونکہ رحم کی یہ سمت شکمی دیوار کے قریب تر ہوتی ہے۔ یہ وضع محل کے بعد بلکہ پینٹا (مشیمہ) کے خارج ہو جانے کے بعد بھی سنائی دے سکتی ہے۔

فیٹل ہارٹ (fætal heart = جنینی قلب)۔ جنینی ضرب قلب سے جو آوازیں پیدا ہوتی ہیں، اٹھارویں ہفتہ سے قبل شاید ہی سنائی دیتی ہیں، بلکہ اکثر اوقات اس وقت بھی سنائی نہیں دیتیں۔ یہ آوازیں تقریباً ویسی ہوتی ہیں جیسی کہ بالغ قلب کی ہوتی ہیں، یعنی دو گونہ نوعیت کی، مگر یہ ان سے قدرتا زیادہ دھیمی ہوتی ہیں۔ عموماً یہ آوازیں تکیہ کے نیچے رکھی ہوئی گھڑی کی ٹنگ ٹنگ کی آواز سے مشابہ بتائی جاتی ہیں۔ (جنینی قلب کی رفتار اندازاً ماں کی نبض کی دگنی ہوتی ہے، مگر کافی تغیر پذیر ہوتی ہے۔ عموماً اس میں ۱۲۰ سے ۱۶۰ ضربات فی منٹ ہوتی ہیں، اور یہ یقین کیا جاتا ہے کہ زیادہ بڑے بچوں میں شرح ضرب کم ہوتی ہے۔ اس وجہ سے ذکور کی شرح ضرب، اناث کی نسبت کم ہوتی ہے۔

ضرب قلب کی شرح کی بنا پر جنین کی تذکیر و تانیث دریافت و تشخیص کرنے کی کوشش کی گئی ہے، خیال یہ ہے کہ اگر یہ مستقل طور پر کم ہو تو لڑکا ظاہر کرتی ہے، مگر اس امر کے مد نظر کہ طبعی طور پر عظیم اختلافات واقع ہو سکتے ہیں، جنینی تشخیص کی یہ کوشش اکثر اوقات مغالطہ آفریں ہوتی ہے۔

ابتدائی ہفتوں میں جنینی قلب بیشتر اوقات مرکز شکم میں امبلالکس (ناف) کے نیچے یعنی فنڈس (قعر) کے قریب سنائی دیتا ہے۔ ورتکس پرزینٹیشن (vertex presentation = قبی طریق) میں اواخر ہفتوں میں جس مقام پر بہترین سنائی دیتا ہے وہ مقام اگر امبلالکس (ناف) سے الیم (ileum = حرغہ) کے اٹھارے سو پیرسپان (anterior superior spine = پیش افوقانی شوکہ) تک ایک خط اٹھینچا جائے، تو اس خط کے ایک تہائی فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ بریچ پرزینٹیشن (breech presentations = سرینی طریقات) میں بہترین سنائی دینے کا مقام امبلالکس (ناف) سے اوپر مذکورہ بالا خط کی اطالت پر ہر دو جانب واقع ہوتا ہے۔ یہ بریچ (breech = سرینی صورتوں میں بالائے امبلالکس (ناف) اس لئے

سنائی دیتا ہے کہ برسیج (سرین) پیلوک برم (pelvic brim = حوضی لگرم) میں وضع حمل سے قبل داخل نہیں ہوتی اور جنین بختیت مجموعی شکم میں زیادہ بلندی پر ہوتا ہے۔
 کہا گیا ہے کہ جنینی قلب کو سننے کے واسطے پرانے طرز کا اکھرا سماع الصدر نسبت جدید و گوشہ آئہ کے زیادہ بہتر ہوتا ہے، مگر مختلف مشاہدین اپنی اپنی ذاتی پند رکھتے ہیں۔
 مگر یہ ضروری ہے کہ شکمی دیوار پر سماع الصدر کا دباؤ بڑھایا جائے کیونکہ شکمی جلد پر جنینی قلب کی بعض آوازیں ہلکے دباؤ کے ساتھ اور بعض آوازیں قوی دباؤ کے ساتھ بہترین سنائی دیتی ہیں۔
 تیز رفتاری اور ماں کی نبض سے اختلاف بہترین دلیل اس امر کی ہے کہ دوسری آواز جو سنائی دیتی ہے جنینی قلب کی ہے۔

بیلٹمنٹ (ballotement = نہز) یہ امارت جو بیلٹمنٹ (نہز) کے نام سے مشہور ہے، سو گھوڑوں ہفتہ کے ختم سے لے کر تقریباً بیسویں ہفتہ تک معلوم کیجا سکتی ہے۔ یہ امارت اس حقیقت پر مبنی ہے کہ حمل کے زمانہ وسطی میں جنین لائکرو امینیا (liquor amnii = مہبل) میں تیرتا ہوتا ہے، کیونکہ ربل کی مقدار جنین کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ جب یہ امر مہبل امتحان سے معلوم کیا جاسکتا ہے تو انٹرئل بیلٹمنٹ (internal ballotement = اندرنی نہز) کہلاتا ہے اور جب صرف شکمی امتحان سے معلوم کیا جاسکتا ہے تو اکسٹرئل بیلٹمنٹ (external ballotement = بیرونی نہز) کہلاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں بیلٹمنٹ (نہز) ایک احساس ہے جو امتحان کرنے والی انگلیوں کو اس وقت محسوس ہوتا ہے جبکہ وہ جنین کو اوپر کی جانب جھکولادیتی ہیں اور جنین ان پر واپس گرتا ہے۔

اگر مریضہ پیٹ کے بل لیٹی ہو تو ویجاٹنا (مہبل) میں ایک یا دو انگلی رکھ کر انٹرئل بیلٹمنٹ (اندرنی نہز) محسوس کیا جاتا ہے۔ اگلے ویجاٹنل فارکس (vaginal fornix = مہبل قبوہ) کے راستہ سے جنینی سر محسوس ہوتا ہے اور جب اس کو جھٹکے دار حرکت کے ساتھ اوپر کی جانب اچھالا جاتا ہے تو یہ صریح پھسلکی کے ساتھ انگلی پر واپس گرتا ہوا محسوس کسکتا ہے۔
 اکسٹرئل بیلٹمنٹ (خارجی نہز) اس طرح معلوم کیا جاتا ہے۔ مریضہ کو ایک پہلو پر لٹا کر اور اپنے دونوں ہاتھ ایک اوپر ایک نیچے پیٹ پر پھیلائے جاتے ہیں۔ نیچے کا ہاتھ جنین کو اوپر کی جانب جھکولادیتا ہے اور جب جنین واپس گرتا ہے تو اس کی ٹکڑ محسوس کرتا ہے۔
 تیسویں ہفتہ کے بعد جنین کے آزادانہ تیرنے کیلئے لائکرو امینیا (liquor amnii =

رہل) شاؤ و نادر ہی کافی ہوتا ہے۔ بہر حال جنینی سر کا بیلا ٹمنٹ (نہز) حمل کے آخری ایام میں بھی کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ سر برم (brim = لگر) کے اوپر ہو یا حقیقتاً برم (لگر) کے اندر کے سوا کسی اور جگہ ہو مثلاً بریچ (breach = سرخی) صورتوں میں فٹنس (قعر) پر سر کو دونوں ہاتھوں میں پکڑ لیا جاتا ہے اور اُن کے درمیان بیلاٹ (نہز) کیا جاسکتا ہے۔ جنین کا کوئی دو مراحصہ اسطرح کام میں نہیں لایا جاسکتا، کیونکہ صرف سر ہی وہ حصہ ہے جو دھڑپوں اور آزادی سے حرکت کرتا ہے۔

✓ (سٹیرریج = stirrage) تہریج)۔ یہ نام اُس عجیب آواز کو دیا گیا ہے جو حرکت جنین سے پیدا ہوتی ہے اور سماع الصدر کے ذریعہ سنائی دیتی ہے۔ بعض اوقات یہ سوطھویں ہفتہ میں سنی جاسکتی ہے۔

یوٹرائن کا ٹریکشن (uterine contractions = رحمی انقباضات)۔ تمام حمل کے دوران میں لے وار غیر دروازگیز انقباضات واقع ہوتے ہیں جو ہاتھ کو رحم پر چپٹا رکھ کر تیز کئے جاسکتے ہیں۔ اگرچہ یہ اولین چند ہفتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں مگر تا وقتیکہ رحم حوضی لگر سے بلند نہ ہوا ہو، آسانی تیز نہیں کئے جاسکتے۔ سوطھویں ہفتہ میں شکم پر سے رحم آسانی گرفت میں لایا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ رحم کی سختی کی صورت میں ایک انقباض تیز کیا جائے جو چند ثانیوں تک جاری رہ کر پھر ختم ہو جائے۔ بعض اوقات انقباضات جزوی ہوتے ہیں جس سے رحم بے ڈول معلوم ہوتا ہے۔ بعض اوقات انقباضات کے درمیانی وقفے بہت طویل ہو جاتے ہیں چنانچہ اس امارت کے محسوس کرنے کے لئے کسی قدر صبر سے کام لینا پڑتا ہے۔ بہر حال یہ بہت اہم مثبت امارت ہے اور اگرچہ یہ حمل کی قطعی دلیل نہیں کہی جاسکتی تاہم ایک قطعی دلیل کے بہت قریب قریب پہنچتی ہے۔ کبھی کبھی یہ امارت رحم کی فائبرائیڈ (fibroid = لیفی) رسولیوں میں بھی محسوس ہوتی ہے۔

✓ عروق میں پمپیشن (pulsation = نبضان)۔ سوطھویں ہفتہ سے پہلے ہی مہملی چھت کے عروق میں پمپیشن (نبضان) معلوم کیا جاسکتا ہے مگر سوطھویں ہفتے میں وہ بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ محض رحمی شریانوں اور اُن کی ویجائسل (مہملی) شاخوں کی کلانی ہے۔

سیکنڈری ایریولا (secondary areola = ہالیز ثنائی) نیپل (بھٹی) کے

ایریولا (بالیزہ) کی گنٹیشن (لونیت) کا پستان کے چاروں طرف کی جلد تک توسیع یا نا عموماً بیسیوں ہفتہ کے اختتام پر ظہور پذیر ہوتا ہے۔ یہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے۔ نیز متورم سیتس گلینڈز (sebaceous glands = دہنی غدو) یعنی مانسگو مریز فاس لیکلز (Montgomery's follicles = مانسگو مری کے جراب) بھی بیان کئے جا چکے ہیں جو کہ اس وقت ایریولا (بالیزہ) پر اچھی طرح نمایاں ہوتے ہیں۔

سروکس (عندق) کے ویسجائل (مہلبی) حصہ کا نرم ہونا۔ یہ کیفیت ذرا پیشتر زمانہ میں شروع ہوتی ہے اور عموماً بیسیوں ہفتہ تک بخوبی نمایاں ہو جاتی ہے۔ وہ وقت جبکہ یہ بخوبی نمایاں ہوتی ہے مختلف عورتوں میں تغیر پذیر ہوتا ہے لیکن یہ بیسیوں ہفتہ میں بہت نمایاں ہوتی ہے اور محل کی ایک اہم امارت ہے۔

لینیا ناکرا (linea nigra = خط سیاہ)۔ یہ گنٹیشن (لونیت) جس کا پہلے حوالہ دیا گیا ہے، عموماً بیسیوں ہفتہ میں موجود ہوتی ہے کم از کم سیاہ بشرہ والی عورتوں میں بہر کیف لینیا ناکرا (خط سیاہ) بہت جلد نہایت صاف ظاہر ہو جاتا ہے اور چوبیسویں ہفتہ تک بخوبی نمایاں ہوتا ہے۔

جلدی سٹرایا (striae = خطوط) سٹرایا گریوڈیرم (striae gravidarum) خطوط المحل (چوبیسویں ہفتہ میں ظاہر ہونا شروع ہوتے ہیں۔ جوں جوں محل ترقی پاتے ہیں انکی جسامت بڑھتی جاتی ہے اور ان کی تعداد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔

فیونک سوفل (funic souffle = جلی ہرینڈ)۔ فیونک سوفل (جلی ہرینڈ) کی امارت صرف گاہ گاہ سنائی دیتی ہے۔ یہ ایک تنفخی مرمر (murmur = خریر) ہے جو جنینی قلب کے ہم زمان ہوتی ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ سماع الصدر کے ذریعہ صرف اُس وقت سنائی دیتی ہے جبکہ محل پر بلا واسطہ طور پر چپٹ میں (chest-piece = صدری ٹکڑے) کا دباؤ ڈالا جاسکے یا یہ جسم جنین کے گرد ذرا کس کے لپٹی ہوئی ہو۔ خیال کیا جاتا ہے کہ اس کا سبب ایک وینی فلوڈ (veine fluide = سیال ورید) ہے جو محل کے کسی متفیق حصہ میں بن جاتی ہے۔

امارات و علامات محل کی تاریخ وار ترتیب

اول چار ہفتوں میں — امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) اور پتلاں میں کچھ تکلیف۔

دوسرے چار ہفتوں میں - امینوریا (عدم الطمث) مارنگ سکس (morning sickness = صبح کی متلی) امارت ہینگر (Hegar) اور ایریولا (بالیزہ) کی پینٹیشن (لونیت) کا شروع ہونا۔

تیسرے چار ہفتوں میں - امینوریا (عدم الطمث) مارنگ سکس (صبح کی متلی) رحم پیلوک برم (pelvic brim = حوضی لگڑ) تک پہنچتا ہے ایریولا (بالیزہ) کی لونیت پستانوں سے افزائے پختہ آجا سکتا ہے۔ سروکس (عنق) کا نرم ہونا اور سروکس (عنق) اور دیجائنا (ہبل) کی رنگینی۔

چوتھے چار ہفتوں میں - امینوریا (عدم الطمث) مارنگ سکس (صبح کی متلی) غائب ہوتی ہے رحم امبلاکس (ناف) و پیویز (عانہ) کے بالکل بیچ واقع ہوتا ہے ایریولا (بالیزہ) کی پینٹیشن (لونیت) مانٹگومریز فائیکلز (مانٹگومری کے جراب) و ٹنگ (quickenings = ارتکاض) یوٹرائن سوفل (uterine souffle = جلی ہریز) بیلائٹمنٹ (ballotement = تھڑ) سروکس (عنق) کا نرم ہونا اور دیجائنا (ہبل) کی رنگینی۔

پانچویں چار ہفتوں میں - چوتھے چار ہفتوں کے تحت بیان کردہ تمام امارات و علامات جنینی قلب کی آوازیں سیکنڈری ایریولا (secondary areola = بالیزہ ثانی) رحمی انقباضات رحم قریب قریب امبلاکس (ناف) تک پہنچا ہے۔ چھٹے چار ہفتوں میں - مندرجہ بالا کل علامات نیز رحم امبلاکس (ناف) کے ٹھیک اوپر ہے۔ سٹرایا گریوڈیرم (خطوط الحمل) لنینا ناکرا (خط سیاہ)۔

ساتویں چار ہفتوں میں - رحم امبلاکس (ناف) اور انسiform (ensiform = سیفی) کری کے درمیانی فاصلہ کے ایک تہائی جزو پر پہنچ جاتا ہے۔ تمام مثبت امارات یعنی جنینی قلب جنینی حرکات رحمی انقباضات بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔

آٹھویں چار ہفتوں میں - رحم قریب قریب انسiform (سیفی) کری تک پہنچ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ فیونک سوفل (funic souffle = جلی ہریز) موجود ہو۔

نویں چار ہفتوں میں - رحم انسiform (سیفی) کری تک پہنچ جاتا ہے۔

دسویں چار ہفتوں میں - رحم تقریباً اس جگہ پھر گر جاتا ہے جہاں کہ

آٹھویں چار ہفتوں میں پہنچ چکا تھا۔

حمل کا کاشف

زونڈک (Zondek) اور ایسٹیم (Aschheim) کا کاشف

اگر ناپختہ چوہوں کے اندر اینٹی ریڈیوٹری ہارمون (anterior pituitary hormone = مقدمی نغماہی ہارمون) کا شراب کیا جائے تو ان کی اُوریز (ovaries = بیضات) بسرعت پختہ ہو جاتی ہیں، فالیکلز (جراب) پک جاتے ہیں اور ان میں متعدد اجسام اصغر بن جاتے ہیں۔ مذکورہ بالا کارکنوں نے معلوم کیا کہ حاملہ عورتوں کے پیشاب میں اینٹی ریڈیوٹری ہارمونز (مقدمی نغماہی ہارمونوں) کی بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے۔ اس امر کو نہایت ہی جلد یعنی دوسرے ہفتہ کے ختم پر حمل شناخت کرنے کے لئے ایک کاشف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ان کارکنوں کا طرز عمل یہ ہے۔ ایک ناپختہ چوہی میں ۲ واسے لیکرم ۲۵ مکعب سنٹی میٹر پیشاب کو چھ حصوں میں تقسیم کر کے ۴۸ گھنٹہ کے اندر شراب کیا جاتا ہے اور اس کے ۱۰ گھنٹے بعد حیوان مذکور کو ہلاک کر دیا جاتا ہے۔ اگر پیشاب کسی حاملہ عورت کا ہے تو اس کا ہارمون (hormone) چوہی کی ادوری (بیض) کو ہیجان میں لاتا اور اس میں شدید فعالیت پیدا کر دیتا ہے، جیسا کہ حسب ذیل باتوں سے ظاہر ہوتا ہے:-

(۱) فالیکلز (جرابوں) کا پختہ ہونا اور ایسٹرس (œstrus = شبق) کا شروع ہونا۔ (۲) ادوری (بیض) میں ہیمریجک (hæmorrhagic = نزفی) نقاط کا پیدا ہو جانا۔ (۳) کارپورالوٹیا اٹریٹیکا (corpora lutea atretica) عظیم الثقب جسم اصغر (کابن جانا۔ حمل کے کاشف کی حیثیت سے تعامل نمبر (۱) کی بہ نسبت تعامل نمبر (۲) اور (۳) زیادہ اہم ہیں۔ زونڈک (Zondek) اور ایسٹیم (Aschheim) کو مذکورہ بالا طرز عمل کو استعمال کرنے سے ۹۸ فی صدی میں مثبت نتائج حاصل ہوئے اور غیر حاملہ عورتوں اور مردوں کے پیشاب کے عیار میں ۹۹ فی صدی میں منفی نتائج حاصل ہوئے۔ ٹیکنیک (طرز عمل) ذرا محنت طلب ہے اور اصل طرز عمل میں ہر کاشف کے لئے پانچ چوہیاں درکار ہوتی تھیں۔

زونڈک (Zondek) اور ایسٹیم (Aschheim) کے کاشف پر فریڈمین

(Friedman) کی ایک ترمیم ہے جس میں چوہیوں کی بجائے خرگوش استعمال کئے جاتے ہیں۔ خرگوش میں اوولیشن (ovulation = تہویض) تو فقط جماعت کے بعد ہوتی ہے البتہ انٹیریر پشوٹری ہارمونز (مقدمی سخامی ہارمونوں) کا اثر اب کرنے کا اثر حسب سابق ہوتا ہے، یعنی فالیکلز (جرابوں) کا انشقاق واقع ہوتا ہے اور کارپورالوٹیا (اجسام مصفر) اور کارپورا ہیمیریک (corpora haemorrhagica = اجسام زنیہ) کی تشکیل ہو جاتی ہے۔ کاشفہ کا اصل ٹیکنک (طرز عمل) یہ تھا کہ کسی حاملہ عورت کے م کےب سنٹی میٹر پیشاب کے چھ درون وریدی اشربا دو روز کے اندر دئے جاتے تھے اور ۴ گھنٹہ بعد خرگوش کو ہلاک کر دیا جاتا تھا۔ لیکن یہ پایا گیا ہے کہ ۵ م کےب سنٹی میٹر پیشاب کا واحد درون وریدی اشربا دینا اور خرگوش کو ۴ گھنٹہ بعد ہلاک کر دینا بھی ویسے ہی عمدہ نتائج دیتا ہے۔

مذکورہ بالا دونوں کاشفات میں بعض مغالطات مضمر ہیں۔ مثلاً یہ کاشفات ان عورتوں کی اصابتوں میں جن میں پرائمری اویرین فیلور (primary ovarian failure = اولی مبضی فشل) ہو اور نیز اپر تھائرائڈزم (hyper thyroidism = بیش درقیت) یا بڑے اویرین سسٹمز (ovarian cysts = مبضی دویروں) کی اصابتوں میں اور مینوپاز (سن یاس) پر ثبت ہوتے ہیں۔ یکثیت مجموعی فریڈمین (Freidman) کا کاشفہ زیادہ معتبر خیال کیا جاتا ہے۔

جنین کی موت فی الرحمہ کو تشخیص کرنے کی غرض کے لئے مذکورہ بالا کاشفات غیر متبر ہیں۔ ممکن ہے کہ جنین کی موت کے بعد یہ ایک طویل زمانہ تک مثبت رہیں، لیکن اگر یہ مسلسل منفی رہیں تو قوی گمان ہے کہ یہ جنین کی موت کی امارت ہیں۔

ولادت علی المعاد کے بعد مذکورہ بالا کاشفات ممکن ہو دو ہفتہ تک مثبت رہیں اور ایک ہائیڈائیڈلفام مول (hydatidiform mole = کیسیہ نما وحمہ) کے اخراج کے بعد ممکن ہے چھ تا آٹھ ہفتہ کی مدت تک تعامل مثبت رہے۔ کوریان ایپی تھیلیوما (chorion-epithelioma = سلوی سلوہ سرطانیہ) میں تعامل مثبت ہوتا ہے اور یہ تشخیص کا ایک نہایت اہم ذریعہ ہے۔

شعاع نگاری

تقریباً سولہویں ہفتہ کے بعد سے حمل کو تشخیص کیا جاسکتا ہے اور توانوں کی موجودگی

شناخت کیجا سکتی ہے۔

تفریقی تشخیص حمل

سابقہ بیان سے عیاں ہے کہ ایسی کئی شکلی کیفیتیں ہیں جن میں رسولیاں پائی جاتی ہیں اور جن پر حمل کا مغالطہ ہو سکتا ہے یا اس کے برعکس حمل پر ان رسولیوں کا مغالطہ ہو سکتا ہے۔ حامل رحم میں اور ان مختلف رسولیوں میں جو حوض سے باہر بلند ہوتی ہیں فرق کرنا اکثر اوقات ایک نہایت اہم امر ہوتا ہے تاکہ ضروری علاج کیا جائے۔ قدرتا تشخیص کی مشکلات خصوصیت سے پہلے جو ہمیں ہفتوں میں پیدا ہوتی ہیں جبکہ قطعی اور مثبت امارات عموماً نہیں پائے جاسکتے۔ اگر جنینی قلب سنائی دیتا ہو اور جنینی حصص محسوس ہوتے ہوں تو ظاہر ہے کہ کسی دوسرے امارات یا علامات کی ضرورت نہیں مریض یقیناً حاملہ ہے۔ اگر یہ نہ موجود ہوں تو پھر یہ نہایت ہی زور سے بیان کیا جاتا ہے کہ حمل کی موجودگی کے ثابت ہونے کا انحصار اس امر پر ہے کہ کئی علامات اور امارات یکجا واقع ہوں اور ایک علاماتی مخلوط بنائیں اور وہ علاماتی مخلوط ایسا ہو کہ جو کسی دوسری پیلوک (pelvic = حوضی) یا شکمی رسولیوں کی صورت میں واقع نہ ہو سکتا ہو۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ایک یا زیادہ امارات و علامات کی بنا پر تشخیص حمل نہیں کیجا سکتی جبکہ باقی مساوی الٰہیت امارات و علامات مفقود ہوں۔ چنانچہ محض امینوریا (عدم الطمث) کی موجودگی کی بنا پر حمل تشخیص نہیں کیا جاسکتا یا امینوریا (عدم الطمث) کے ساتھ ایک ظاہر شکمی رسولی کی بنا پر نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ ان دو خاص امارات کا ایسا اجتماع اوویرین سسٹ (ovarian cyst = بیضی دویہ) میں بھی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر امینوریا (عدم الطمث) مارنگ کنکس (صبح کی منگی) شکمی رسولی پستانی تغیرات اور ویجاسل (مہلی) ریگنی یکجا ہوں تو ہمیشہ حمل کی موجودگی بتاتے ہیں خواہ کوئی مثبت امارات مثلاً جنینی حرکات یا جنینی قلب نہ بھی ثابت ہو سکیں۔

لیکن فرض کرو کہ مریضہ کو ایک ایسی رسولی ہے جو صرف امبلاکس (ناف) تک پہنچتی ہے۔ عام سوال جو پیدا ہوتا ہے یہ ہے کہ آیا رسولی حامل رحم ہے یا اوویرین سسٹ (بیضی دویہ)، یا رحمی فائبرائیڈ (fidroid = لیقیہ) یا کوئی بھرا ہوا مثانہ ہے۔ یہ حیرت انگیز بات ہے کہ ان چاروں کے مابین کثرت سے غلطیاں کیجاتی ہیں اور کتنی بار ایسا ہوا ہے کہ غلط تشخیص کی

بننا پر شک کھول ڈالا گیا، لیکن حاملِ رحم پایا گیا۔ اگر علاماتی مخلوط کے متعلق مندرجہ بالا اصول ذہن میں رکھے جائیں تو یہ غلطی واقع نہیں ہو سکتی۔

تشخیص میں مذکورہ بالا غلطیوں کا خاص سبب یہی ہے کہ مقررہ طریقہ پر امتحان نہیں کیا جاتا۔ پہلے حمل میں غلطیاں نہایت عام ہیں، اگر ان میں مقررہ طریقہ پر امتحان کیا جائے تو پستانوں میں نمایاں تغیرات آشکارا ہوتے ہیں جو فوراً حمل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ غلط رائے قائم کرنے کا ایک دوسرا سبب یہ عام مغالطہ ہے کہ اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) اکثر اوقات امینوریہ (عدم الطمث) پیدا کرتا ہے۔

73

اگر ثبوتِ زوندک اور آئیشیم کا کاشفہ یا ایسی شائع نگاشت جو کسی جنین کی غیر شکوک موجودگی ظاہر کر دے حاصل نہ ہو تو حملِ تشخیص نہ کرنا چاہئے، تا وقتیکہ حمل کی کوئی قطعی امارت دستیاب نہ ہو جائے مثلاً اندرونی یا بیرونی سیلانٹ (ہنز) جنین کا جس یا چینی اصواتِ قلب۔ اگر طبیب کو سرگزشت اور علامات و امارات کی بنا پر حمل کی موجودگی کا قوی گمان ہو، لیکن کسی قطعی امارت کی موجودگی کا یقین نہ ہو تو اس پر واجب ہے کہ مریضہ پر اپنا موقوف ظاہر کر دے اور اسے کہے کہ وہ چند ہفتہ کے بعد دوبارہ اس کے پاس آئے۔ مریضہ اس بات کو تقریباً ہمیشہ پسند کرتی ہے، بلکہ طبیب کی تعریف کرتی ہے کہ یہ آدمی بڑا محتاط ہے اور اس کو بے پروا یا تشخیص کی عادت نہیں ہے۔ اس کے برخلاف اگر غلط تشخیص کی جائے جو اس کے لئے غیر ضروری تکلیف اور اخراجات کا موجب ہو اور اس کی وجہ سے اس کے دوست اس کی ہنسی اڑائیں تو وہ بہت ناراض ہوتی ہے۔

اوویرین سسٹ (ovarian cyst = بیضی دویرہ)۔ اگر ایک ہی اوویرین (بیضی دویرہ) موجود ہو تو یہ بہت شاذ امینوریہ (عدم الطمث) پیدا کرتا ہے۔ امینوریہ (عدم الطمث) صرف ایسی دوہری اوویرین (بیضی) رسولیوں سے پیدا ہو سکتا ہے جن کی اوویرین (بیضی) یافت بالکل تباہ ہو چکی ہو۔ اوویرین (بیضی) رسولیاں پگمنٹری (pigmentary = لون) قسم کے پستانی تغیرات بھی شاذ ہی پیدا کرتی ہیں، اگرچہ یہ فراموش نہ کرنا چاہئے کہ اگر مریضہ کے بچہ ہو چکا ہو تو ممکن ہے کہ اس کا ایریولا (بالیزہ) کی قدرِ رملون ہو جائے اور پستانوں میں سیال بھی موجود ہو۔ مارننگ سکنس (صبح کی مٹی) بھی نہوگی نہ ویجائیل (مہلی) رنگینی نہ سرکس (عق) کی نہاہٹ نہ یوٹران سوفل (رحمی ہنز) بلکہ حقیقت میں کوئی بھی مثبت امارات نہوگی

(حامل رحم میں فلکچو لیشن (fluctuation = تموج) اور تحرل (thrill = ذنبہ) معلوم کر سکتا بھی ایک غیر معمولی امر ہے، [الّا ایڈرامینیا (hydramnios = کثرت ریل) کی اصابت میں] لیکن یہ دونوں امارات اوویرین سسٹ (مبضی دویروں) میں عام ہیں۔ رحمی انقباضات بھی قدرتا اوویرین سسٹ (مبضی دویروں) میں کبھی نہیں پائے جاتے۔ محتاط بانی مینول (bimanual = دودستی) امتحان کرنے سے بہت مرتبہ پایا جائے گا کہ ایک چھوٹا غیر متغیر رحم ہے، جو خاص رسولی سے جدا ہو سکتا ہے۔)

رحمی فائبرائڈز (fibroids = لیفیات)۔ یہ جب نرم ہوتے ہیں تو قریب قریب ان کی وہی پسلی گشت ہوتی ہے جو کہ حامل رحم کی ہوتی ہے، مگر ان پر حمل کا دھوکہ نہ کھانا چاہئے۔ عمام طور پر ان کے ہمراہ مینوریجیا (menorrhagia = کثرت الطمث) پایا جاتا ہے لیکن اگر مینوریجیا (کثرت الطمث) نہ ہو تو ان کے ساتھ ہمیشہ طبعی حیض پایا جاتا ہے نہ کہ عدم الطمث یہ پستانی تغیرات یا مہلکی رنگینی یا مارنگ سکس (صبح کی مہلکی) اور یا کوئی مثبت امارت نہیں پیدا کرتے۔ ممکن ہے کہ وہ یوٹرائن سوفل (uterine souffle = رحمی ہزیر) پیدا کریں مگر یہ بہت شاذ ہوتی ہے۔ اگر کسی مریضہ کو رحمی فائبرائڈ (fibroid = لیفیہ) ہو تو اسکو باقاعدہ حیض آتے ہیں اور اگر یہ مقولہ یاد رکھا جائے کہ حاملہ عورت میں نزف ہو سکتا ہے مگر حیض نہیں آ سکتا، تو تشخیصی غلطیوں کے وقوع کا کوئی امکان نہیں ہے۔

74

وہ حمل جس کے ہمراہ رحمی فائبرائڈ (لیفیہ) یا اوویرین سسٹ (ovarian cyst = مبضی دویروہ) پایا جائے۔ جب حمل اوویرین سسٹ (مبضی دویروہ) کی موجودگی سے پیچیدہ ہو جاتا ہے، یا ایسی مریضہ جس کو پہلے سے رحمی فائبرائڈ (fibroid = لیفیہ) ہو، حاملہ ہو جاتی ہے، تو بہت زیادہ مشکلات پیدا ہوتی ہیں۔

اوویرین سسٹ (مبضی دویروہ) اور حمل ایک ساتھ ہونے کی صورت میں حمل کا علاماتی مخلوط موجود اور غیر متغیر ہوگا۔ لیکن شکم میں دور سولیاں پائی جائیں گی اور شاید مثبت امارات حمل موجود ہونے کے وقت تک یہ کہنا کی قدر دشوار ہوگا کہ کونسی رسولی حاملہ ہے، اور کونسی اوویرین سسٹ (مبضی دویروہ) ہے۔ تاہم یہ معلوم کرنے میں کوئی دشواری ہونا چاہیے کہ مریضہ حاملہ ہے، اگرچہ یہ امر پوشیدہ ہو کہ دوسری رسولی کی نوعیت کیا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسری رسولی صرف اوویرین سسٹ (مبضی دویروہ) یا فائبرائڈ (لیفیہ) ہو، لیکن قدرتی طور پر اور شکمی رسولیاں بھی

ایسی ہیں جو حمل میں پیچیدگی پیدا کر سکتی ہیں، جیسے کہ ہائڈرونفروس (hydronephrosis = استقاءِ کلیوی)، پینکریٹک سٹ (pancreatic cyst = بلبسی دویرہ)، معالکی خبیث رسولی، سیکرم (sacrum = عجز) اور اس ان نامی نیٹم (os innominatum = غلم لاسم لہ) کی بالیدیں۔ ان رسولیوں میں ان کی اپنی امتیازی خصوصیات ہوں گی جن کے تذکرہ کی یہاں ضرورت نہیں۔

اگر حمل ایک یا زیادہ رحمی فائبرائڈز (fibroids = لیفیات) سے پیچیدہ ہو گیا ہو اور مریضہ میں پہلے فائبرائڈز (لیفیات) ہونا معلوم نہ ہو تو ممکن ہے کہ تشخیص میں غلطیاں پیدا ہو جائیں۔ موزن الذکر صورت میں حیض کا دفعہ بند ہونا اور ترقی پذیر امارات حمل تشخیص کو کافی واضح کر دیتے ہیں۔ سب سے زیادہ مشکل صورت وہ ہے جس میں بڑا سا فائبرائڈ (لیفیہ) علاوہ حمل کے جس کا پہلے شبہ نہوا ہو، رحم میں نیچے کی جانب پایا جاتا ہے۔

ایسی صورت میں شکمی رسولی کی عجیب خصوصیات ہوتی ہیں۔ امارات حمل کافی واضح ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ لور یوٹرائن سیکنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں ایک ٹھوس تودہ محسوس ہو جو کم سے کم کچھ وقت کے لئے اہل حمل کی پردہ پوشی کر دے۔ حوضی تودہ کا کلائی پذیر رحم سے مسلسل ہونا اور یرین (مبض) سے یا دیگر فواج از رحم رسولی سے ممتاز کرنے میں کام دیتا ہے۔

متعدد و مشابہ۔ بعض حالات میں حامل رحم ہو تو مشابہ حد متدد ہو جاتا ہے۔ ایسا عموماً تیسرے سے چوتھے ماہ تک ہوتا ہے جبکہ رحم ریٹروڈرنڈ (retroverted = پس گردیدہ) ہوتا ہے۔ امارات و علامات حمل موجود ہوتی ہیں، مریضہ پیشاب نہ کر سکنے کی شکایت کرتی ہے یا ممکن ہے ڈربنگ آف یورین (dribbling of urine = قطیر لہول) ہو (تعدد و مشابہ اور اوور فلو: overflow = چھلکاؤ) مریضہ موزن الذکر حالت کو بار بار پیشاب ہونا بتا کر ممکن ہے کہ ناوانستہ طور پر مغالطہ میں ڈال دے، ایسی مثال میں صورت حالات بہت خصوصی ہوتی ہے اور قاتلہ (catheter) ڈالنے سے تشخیص فوراً واضح ہو جائے گی۔

سودوسالی رسن (pseudocyesis) = حملِ کاذب

75

یہ نام دیا گیا ہے اس عجیب حالت تکم کو جو سولیسیٹیکنسی (= spurious pregnancy = جھوٹے حمل) یا فینٹم ٹیومر (= phantom tumour = وہی رسولی) کے نام سے مشہور ہے۔ ایسی

حالت میں عورت اپنے کو حاملہ خیال کرتی ہے عموماً اس لئے کہ وہ اولاد کی آرزو مند ہوتی ہے۔ یہ حالت ضروری نہیں کہ صرف بانجھ عورت میں ہی واقع ہو بلکہ ان عورتوں میں بھی جن کے بچے ہو چکے ہوں واقع ہو سکتی ہے۔ مینوپاز (menopaus = سن یا س) کے قریب اس کے واقع ہونے کا بہت زیادہ امکان ہے مگر یہ بہت کم سن عورتوں میں بھی جو بچے کی آرزو مند تھیں دیکھی گئی ہے اور شاید وہ ان عورتوں میں بھی پائی جاتی ہے جو اپنے شوہروں کو دیدہ و دانستہ دھوکہ دینے کی کوشش کرتی ہیں اور حاملہ ہونے کا بہانہ کرتی ہیں۔ عموماً یہی ہوتا ہے کہ دیدہ و دانستہ فریب دہی کا چنداں سوال نہیں ہوتا بلکہ عورت اپنے حاملہ ہونے کا ایسا انداز سے یقین رکھتی ہے۔

ان اصابتوں کی روداد ممکن ہے واقعی میں امکانی حل کی طرف اشارہ کرے یعنی امینوریا (عدم الطمث) اور مارتنگ سکس (صبح کی متلی) کو جو دہو۔ یہ خیال رکھنا چاہئے کہ یہ دونو علامتیں حمل کے قطعاً علیحدہ مرضیاتی حالات کے سبب سے بھی ہو سکتی ہیں اور کوئی وجہ نہیں کہ ایک ایسی عورت کو جو مینوپاز (سن یا س) کی وجہ سے امینوریا (عدم الطمث) کی حالت میں ہے وجہ کسی قسم کے سورہضم کے صبح کی متلی نہ ہو۔

مگر عموماً ایسا ہوتا ہے کہ روداد فوراً کچھ بے ربطی ظاہر کرتی ہے مثلاً یہ کہ بالکل عام امر ہے کہ ایک حمل کا ذب ہو اور حیض باقاعدہ طور پر طبعی ہو جس سے فوراً یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کم از کم اس رسولی کا سبب حمل نہیں ہے۔ دوسری صورتوں میں در اسخا لیکہ مریضہ کہتی اور یقین کرتی ہے کہ وہ سات یا زیادہ ماہ کی حاملہ ہے لیکن صرف ایک دو ماہ واری "ایام" ناغہ ہوئے ہوتے ہیں (حمل نہ ہونے کی صورت میں تو کنگ (quickenning = ارتکاض) کا واقع ہونا بیان کیا گیا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ فلیٹولنس (رجحہ) اور معانی حرکات ہوتی ہیں اور ان احساسات کی غلط تعبیر کی جاتی ہے۔ پستانی تغیرات کا اشتباہ اس طرح ہوتا ہے کہ چربی کے جمنے کے باعث کلانی پیدا ہو جاتی ہے اور مزمن لخت کی التهاب پستان کی وجہ سے درد انگیز احساسات ہوتے ہیں۔ ان امکانی تناقضات سے قطع نظر کیا جائے تو ممکن ہے کہ سرگزشت ایسی ہو کہ مریضہ کا اپنے آپ کو حاملہ باور کرنا بالکل معقول اور جائز ہو۔

دوفینٹم (phantom = وہمی) رسولی اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ ایک شکلی کلانی ہو جاتی ہے جس کی جسامت تقریباً کسی درجہ تک ہو سکتی ہے۔ بعض شکم دیکھنے میں واقعی پورے دن کے حمل کی جسامت کے معلوم ہوتے ہیں لیکن ویسی شکل کبھی دکھائی نہیں دیتی کہ جیسی شکلی دیواروں

میں سے حامل رحم کی دکھائی دیتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک یکساں طور پر پتہ دہاؤں پر ہے جو گویا بایطونی کہف میں ہوا بھرنے سے پھول گیا ہے۔ امتحان کرنے پر شکم ہر جگہ لگ دار ہوتا ہے اور اس میں کوئی ٹھوس ورم محسوس نہیں ہو سکتا۔

بانی مینوئل (دوستی) امتحان کرنے سے بعض اوقات رحم بالکل آسانی سے محسوس ہو سکتا ہے اور بڑھا ہوا نہیں ہوتا، لیکن بعض صورتوں میں شکم کا انتہائی تمدد رحم کو محسوس ہونے نہیں دیتا۔ تاہم سرکس (عق) کی زماہٹ یا مہبل کی رنگینی نہیں پائی جاتی۔

اگر رحم بڑھا ہوا محسوس نہ ہو سکے تو یہ امر طے شدہ ہے کہ مریضہ حاملہ نہیں ہے۔ لیکن اگر رحم کا جس قابل اطمینان نہ ہو تو حمل کا سوال یا تو عام اسباب کی بنا پر طے کیا جاتا ہے، جبکہ یہ عام طور پر روداد اور شکمی لگ کی بنا پر طے ہوتا ہے یا ایک نیشنلک (anæsthetic = عدم حس) دینا چاہئے جبکہ رسولی غائب ہو جائے گی۔ اگر مریضہ کی طرف سے بہت اصرار ہو تو قرین مصلحت ہے کہ شوہر یا کوئی رشتہ دار دوران انیس تھیا (anæsthesia = عدم حسیت) میں موجود رہے تاکہ اس کو رسولی غائب ہونا دکھایا جائے۔

اب سوال یہ ہے کہ فینٹم (وہمی) رسولی کا سبب کیا ہے اور انیس تھیا (عدم حسیت) کے تحت یہ غائب کیوں ہو جاتی ہے۔ جواب دہ۔ رسولی کا سبب ڈایا فرامی انقباضات ہیں جو شکم کے اندر کی چیزوں کو پیچے کی جانب دباتے ہیں اور مرتخی شکمی دیواروں کو آگے کی جانب ابھارتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ عورت یا مرد کوئی بھی ہودوئی ارادی طور پر شکم کا ابھار پیدا کر سکتے ہیں اور اگر کسی عورت کی شکمی دیواریں سابقہ حمل سے مرتخی ہوں تو وہ بہت بڑا شکمی ورم پیدا کر سکتی ہے۔ انیس تھیا (عدم حسیت) کے تحت ڈایا فرامی (diaphragmatic) انقباض بتدریج مرتخی ہوتا ہے اور شکم چپٹا اور ڈبیلیا ہو جاتا ہے۔

مگن ہے کہ یہ خیال کیا جائے کہ یہ ڈایا فرامی تشنج درحقیقت ارادی ہوتا ہے لیکن بلاشبہ یہ ارادی ہرگز نہیں ہوتا۔ اس عظیم ورم کے پیدا کرنے کے لئے کہ جو نظیر آتا ہے اتنی عضلاتی کوشش کی ضرورت ہے جسکو کوئی شخص جاری نہیں رکھ سکتا۔ یہ بعینہ اسی قسم کی حالت ہوتی ہے جیسی کہ کسی مفصل کی میٹریائی تہیت۔ ایک ذہین مریضہ جس کو یہ حالت سمجھانی جاسکتی ہے اگر چاہے تو ڈایا فرام کو مرتخی کر سکتی ہے اور شکم کو چپٹا کر سکتی ہے۔ محض اس امر کی ضرورت ہے کہ ڈایا فرام کے ذریعہ قدرتی سانس لیا جائے اور ڈایا فرام کی تہیت کر کے صرف کال بریدنگ

(costal breathing = ضلعی تنفس) نہ کیا جائے۔

بعض اوقات خواہ کچھ بھی کہا جائے یا کیا جائے، عورت کو یقین ہی نہیں آتا کہ وہ حاملہ نہیں ہے۔ اسی صورت میں مریضہ سے ہم صرف یہ کہہ سکتے ہیں کہ وہ الاشواعی امتحان کروائے یا مفرغہ پوری مدت حمل تک انتظار کرے اگر وہ اس پر بھی مطمئن نہ ہو تو سمجھنا چاہئے کہ وہ ایکہ اعتباط میں مبتلا ہے۔

باب ہفتم

قبل الولادت بائجین (hygiene = اصول صحت)

طبعی حمل ایک فعلیاتی کیفیت ہے۔ لہذا اگر فرض کیا جائے کہ ایک عورت کا طرزِ رایش صحت بخش ہے تو اس طرز کو تبدیل کرنے کا مشورہ دینے کی بالکل ضرورت نہیں۔ مگر یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس زمانہ میں جسم کے مختلف اعضاء پر زائد بار پڑتا ہے بالخصوص پرمی گریویڈا (primigravida = اولیں حاملہ) کی صورت میں۔ لہذا ایک حاملہ عورت کو اس غرض سے کہ اس کے آرام میں اضافہ ہو اور اس کی صحت بگڑنے کا امکان کم ہو مشورہ دینا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ ہر حاملہ عورت کا جو تقریباً ۳ ہفتہ کی حاملہ ہونے کی پریزنٹیشن (presentation = تالیق) اور بچہ کی وضع اور سہ اور عرض کی اضافی جسامتیں دریافت کرنے کیلئے امتحان کرنا ضروری ہے۔ پرمی گریویڈا (primigravida = اولیں حاملہ) کی صورت میں یہ زیادہ خالی از خطر ہو گا کہ جوں ہی اس کو پہلی مرتبہ دیکھا جائے اس کے پیلس (دھڑکنے) کی جسامت دریافت کرنے کی غرض سے پیلس (دھڑکنے) کا امتحان کر لیا جائے۔

پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ) عورت کو زیادہ خصوصیت سے حسب ذیل امور کے متعلق مشورہ دینا چاہئے۔

پوشاک۔ کمپرینٹی کوٹرز (petticoats = چولی) اور اسکرٹز (skirts = لپٹے) کے بندوں کا زور سے دباؤ نہ پڑنا چاہئے اور کارٹس (corsets = انگی) اگر پہنی جائیں تو بھٹیئوں پر دباؤ نہ ڈالیں اور وہ ایسی بنانا چاہئیں کہ حمل کی ترقی کے ساتھ ڈھیلی کی جاسکیں۔

بعض عورتوں کو بغیر کاسٹس (corsets=انگی) کے بہت زیادہ آرام ملتا ہے جبکہ پینٹیکوٹ (چولی) اور اسکرس (لہنگے) کا نڈھوں پر ملحق ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ طریقہ سب سے عمدہ ہے مگر زمانہ حاضرہ کی متمدن عورت اس کو منہج سمجھتی ہے۔ اگر عورت کا پیٹ لٹکا ہوا ہو، جو ملٹی پیرا (multipara=کثیر الولادت عورتوں) میں غیر معمولی نہیں ہے تو ایسی پیٹی منگوانا چاہئے جو ٹھیک ٹھیک بیٹھ جائے۔ چونکہ قلب پھیپھڑوں جگر اور گردوں کو زائد کام کرنا پڑتا ہے لہذا چیت لباس کی قسم کی ہر اس شے سے پرہیز کرنا چاہئے جو ان کے افعال میں رکاوٹ پیدا کرتی ہو۔ اگر عموماً گارٹرز (garters) استعمال ہوتے ہیں تو ان کے بجائے سس پینڈرز (suspenders) استعمال ہوں۔ اور اگر ابوداس کے عورت کی ٹانگ کی وریڈیں ویری کوکس (varicose=دوالی نما) ہونے پر مائل ہوں تو بہ احتیاط ان پر پٹیاں باندھ دینا چاہئے۔ انڈر کلوڈنگ (underclothing=زیر جامہ) کے لئے بہترین شے اُون ہے۔

78

غذا۔ ایک حاملہ عورت کو بہ نسبت ایک غیر حاملہ عورت کے ذرا زیادہ تغذیہ کی ضرورت ہوتی ہے اور بیشتر صورتوں میں وہ اتنا کھا بھی لیتی ہے۔ اُس کے لئے یہ بہتر ہے کہ دن میں صرف ایک بار گوشت کھائے، اور اسے چاہئے کہ خراج ہونے والے فاضل حاصلات کی مقدار کم کرنے کی غرض سے مرغی، ناقابل ہضم اور نہایت مسالہ دار غذاؤں سے پرہیز کرے۔ گردوں سے اخراج کو امداد کرنے کی غرض سے اُسے بہت سا پانی پینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ الکحل سے اجتناب کرنا بہتر ہی ہے۔ لیکن اگر مریضہ الکحل کے پینے پر اصرار کرے، تو اُسے یہ مشورہ دینا چاہئے کہ اس میں سخت اعتدال سے کام لیا جائے۔

ورزش۔ حاملہ عورت کا فطرتی رجحان بالخصوص جوں جوں پورے دن قریب ہوتے ہیں یہ ہوتا ہے کہ معمول سے زیادہ آرام لیا جائے لیکن اس خواہش کو ایک حد تک روکنا چاہئے۔ کیونکہ یہ ضروری ہے کہ مریضہ روزانہ کثرت سے تازی ہوا چل کرے اور پیدل چلنے کی ورزش کیا کرے نہ صرف اس لئے کہ دوران حمل میں اس کی تندرستی قائم رہے بلکہ اس لئے بھی کہ وہ مزید عضلاتی کوششوں کے قابل ہو جائے جو اُسے وضع حمل کے وقت کرنی پڑیں گی۔ البتہ شدید قسم کی ورزشوں سے اجتناب کرنا چاہئے کیونکہ ایبارشن (abortion=استعاطا) کا خطرہ ہے۔ چنانچہ ایسی تفریحات جیسے ٹینس (tennis) ناچ، گھوڑے کی سواری سے اجتناب بہترین امر ہے خاص طور پر ابتدائی مہینوں میں۔ لیکن وہ کرانکی (croquet) جو بعض

عورتوں کے بہت موافق ہے اور میشی (machie) کے کھیل میں جس میں تھوڑا تھوڑا چلنا چاہئے حصہ لے سکتی ہے۔

خاص طور پر اس زمانہ میں جبکہ طبعی طور پر ایام ظاہر ہوتے ہوں، شدید قسم کی ورزشوں سے پرہیز کرنا چاہئے، کیونکہ بلاشبہ اس وقت ایبارشن (استقاط) کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مریضہ کو سمندر میں نہانے یا تیرنے کی عادت ہو تو اسے گرم موسم میں اعتدال کے ساتھ ایسا کرنے کی اجازت دی جا سکتی ہے۔

اگر کسی سبب سے عورت پیدل چلنے کی ورزش کے ناقابل ہو تو اسے چاہئے کہ روزانہ مالش کرائے اور سکون کے ساتھ موٹر کار یا گاڑی میں ہوا خوری کو جائے، بشرطیکہ حالات اس کی اجازت دیں۔

غسل۔ ان عورتوں کو جن کی نظر میں روزانہ غسل کا مشورہ گستاخی کے برابر نہ ہو، روزانہ غسل کی تاکید کرنی چاہئے۔ صابن کا آزادانہ استعمال مسات جلد کو کھلا رکھ کر پینے کے اخراج میں مدد دیتا ہے۔ بعض حاملہ عورتیں نہانے کے بعد تھکن کی شکایت کرتی ہیں۔ اس صورت میں ان کے لئے بہتر ہے کہ رات کو نہائیں اور اس کے بعد سیدھی بستر پر چلی جائیں۔ ولوا (فرج) کو صاف رکھنے کا خاص خیال رکھنا چاہئے۔

آنت کے فعل کی باقاعدگی۔ بیشتر حاملہ عورتوں میں ایک تکلیف دہ پیچیدگی، قبض ہوتی ہے۔ جس طرح ممکن ہو کسی صورت میں قبض نہ ہونے دینا چاہئے، کیونکہ بلاشبہ دورانِ حمل میں قبض سے ٹاکسیمیا (toxæmia = سم الدم) کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ طاقتور مسہلات سے پرہیز کرنا چاہئے، کیونکہ ان سے ایبارشن (abortion = استقاط حمل) ہونے کا امکان ہے۔ اگر غذا کی طرف جس میں بہت سی ترکاریاں اور تازہ پھل شامل ہونا چاہئے، توجہ دینے سے یقینی طور پر روزانہ تھیک اجابت ہو جائے تو تھیک اور اچھا ہے، ورنہ ملکہ ملینات سے جیسے لیکریگریڈا (cascara sagrada)، لائیکورس پوڈر (liquorice powder = ملٹھی کا سفوف)، کانفیکشنوینا (confectio senna = میجون سنا) یا ان فیوژن آف سینا پاؤڈر (infusion of senna pods = سنائی پھلیوں کا خیساندہ) تجویز کرنا چاہئے۔ پرفین (paraffin) کا تجویز کرنا بھی فائدہ مند ہے۔

نیلز (بھٹنیوں) کا علاج۔ صفحہ 528 پر اس پر غور کیا گیا ہے۔

مارنگ کنفس (صبح کی متلی) - پرمی گریویدا (primigravida) = اولیہ حاملہ عورت) میں متلی یا قدرے مالش استقدر عام ہے کہ حاملہ عورتیں یہ تصور کرنے لگی ہیں کہ یہ ان کے حاملہ ہونے کا ایک طبعی نتیجہ ہے۔ اس کا علاج صفحہ 120 پر بیان کیا گیا ہے۔

امتحان قارورہ - اول آٹھ ماہ میں حاملہ عورت کے قارورہ کا ہیمنہ میں ایک امتحان کرنا چاہئے، اور نویں ہیمنہ میں دو ہفتہ میں ایک بار اور دسویں ہیمنہ میں اس کا ہر ہفتہ امتحان کرنا چاہئے۔ البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) کے اولین ظاہر کا پتہ صرف قارورہ کے محتاط اور مکرر امتحان سے ہی چل سکتا ہے۔ چنانچہ اس احتیاط کو نظر انداز کرنے سے بہت سی عورتوں کی جانیں ضائع ہو گئی ہیں۔ اگر قارورہ کی روزانہ مقدار میں تخفیف ہو تو اس کی طرف سرری سے زیادہ توجہ کرنا چاہئے۔

نروس سسٹم (nervous system = عصبی نظام) - حاملہ عورت کو جہاں تک ممکن ہو ہر قسم کے فکر و اضطراب سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ اگر بخوبی بجوا کر اکثر اوقات کسی قدر تکلیف دہ پیچیدگی ہوتی ہے، کافی شدید ہو تو اس کا علاج مناسب منوم ادویہ سے کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات یہ دیکھا جائے گا کہ تبدیل آب و ہوا یا موٹر کار میں سکون کے ساتھ ہو اخوری کرنا، بشرطیکہ مریضہ کے حالات اس کی اجازت دیں، سہپ نامکثر (hypnotics = منومات) کی ضرورت کو کا لعدم کر دے گا۔ اکثر اوقات مالش بھی مفید ہوتی ہے۔

اگرچہ علم الولادت کی کتابوں میں اب تک یہ دستور رہا ہے کہ مضمون انصرام اور قبل الولادت کی ہائجین (hygiene = اصول صحت) کے لئے ایک علیحدہ باب وقف کیا جائے تاہم گزشتہ زمانہ میں اس امر پر کافی زور نہیں دیا گیا کہ اس مضمون کی اہمیت بہت دور رس ہے۔ لہذا اس کتاب کی طبع موجودہ میں قبل الولادت کی علاج پر ایک خاص مضمون شامل کیا گیا ہے اور امید کی جاتی ہے کہ طلباء کی طرف سے اور اپنے وقت پر خود ماؤں کی جانب سے اسکی بہتر قدر دانی کی جائے گی اور اطباء سے زیادہ سائنٹفک نظر سے دیکھیں گے۔

صرف چند حقایق پر غور و خوض کرنے سے معلوم ہو جائے گا کہ اس مسئلہ کی قومی نقطہ نظر سے کیا اہمیت ہے۔ یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ تمام انگلستان اور ویلز میں سٹل برتھز (still-births = مردہ ولادتوں) کی یعنی یوں کہا جائے کہ حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ کے بعد اموات کی اعلان شدہ تعداد تقریباً ۳ فی صدی ہے۔ یہ عدد یقینی زیادہ ہونا چاہئے کیونکہ

غیر اعلان شدہ واقعات کو بھی شامل کرنا چاہئے۔ اگر ہم فرض کریں کہ ہر ایک شل برتھ (مردہ ولادت) کے پیچھے چار یا بارشمنز (استقاط) ہوتے ہیں (جو کہ متوسط اندازہ ہے کیونکہ بعض اضلاع کے لئے یہ عدد بہت کم ہے) تو یہ اغلب ہے کہ ہر نوپیدائیشوں کے پیچھے ایک قبل الولادتی موت ہوتی ہے جو کہ کمترین ممکن اندازہ ہے۔

اب اگر ان اعداد میں اُن اطفال کی تعداد بھی جو پہلے سال میں فوت ہو جاتے ہیں اور جو انگلستان (England) اور ویلس (Wales) کے لئے فی ہزار پیدائیش ۹۵ کی تعداد رکھتے ہیں شامل کر لی جائے، کیونکہ یہ بھی جزئی طور پر قبل الولادتی خراب حالات کا ہی نتیجہ ہوتا ہے، تو معلوم ہوتا ہے کہ قومی نقصان کس قدر عظیم ہے قطع نظر اس امکانی نقصان کے جو کہ استقرار حمل کی مصنوعی روک تھام سے واقع ہوتا ہے۔

ان خطرات کا جو کہ غیر مولود بچہ کو درون رحمہ کی نوماہ کی زندگی میں ہوتے ہیں یا بعد میں دوران پیدائیش میں پیش آتے ہیں، ایک بہت بڑا حصہ ایسا ہے جو قابل اندازہ ہے۔

اس کے علاوہ دوران ولادت میں بہت سے اُن خطرات سے جو کہ جنین کی میل پوزیشن (mal-position = وضع ناقص) یا کان ٹریکیڈ پیلوس (contracted pelvis = منقبض حوض) کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں بچایا جاسکتا ہے، اور بہت سی مثالوں میں وقت پر مداحلت کرنے سے اُن کی روک تھام کی جاسکتی ہے جس سے درون ولادتی جنینی نقصان کم ہو جاتا ہے اور ماں کو سہولیت اور مضرت کا خطرہ گھٹ جاتا ہے۔

مندرجہ بالا امور پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے۔ قبل الولادتی علاج میں ہمارا یہہ نصب العین ہونا چاہئے کہ میان کردہ معلومات کی نشر و اشاعت کی جائے اور حتی الوسع خطرات کے کم کرنے میں ماں اور بچہ دونوں کی امداد کی جائے۔

پس مذکورہ بالا نقطہ نظر سے قبل الولادتی تحقیقات طب تحریری کا ایک حصہ ہے اور اس کا مقصد یہ ہے کہ ماں کو دماغی اور جسمانی تندرستی کی حالت میں رکھا جائے، ماں کے حمل کو پورے دن تک محفوظ رکھا جائے، وضع حمل میں جو مشکلات اور پیچیدگیاں پیدا ہوتی ہیں اُن کو رفع کیا جائے، بچہ یقینی طور پر زندہ اور تندرست پیدا ہو، اور ماں کو بچہ کے پالنے میں مدد دی جائے۔ لہذا اگر طبیب کسی زچگی کی اصابت کا ذمہ لے تو اس کو یہ بتانا واجب ہے کہ یہ ضروری ہے کہ ماں اور بچہ دونوں کی بہبودی کے لئے مریضہ کا امتحان کیا جائے، اور ماں کو عین وضع حمل

زیر نگرانی رکھا جائے۔ ممکن ہے کہ اعتراضات اٹھائے جائیں جو سمجھا بھکا کر اور چند ملائم الفاظ کے ذریعہ دور کئے جاسکتے ہیں۔ اکثر اوقات ہم مریضہ کو یقین دلا سکتے ہیں کہ کسی غیر طبعی حالت کی کوئی علامت نہیں ہے اور یہ کہ وہ غیر پیچیدہ زچگی کی امید کر سکتی ہے۔ اس سے مریضہ پریشانی میں کمی محسوس کرتی ہے اور اگر اسے کوئی تکلیف یا بے آرامی پہنچائی گئی ہو تو اس کی کافی تلافی محسوس کرتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر کوئی غیر طبعی حالت پائی جائے مثلاً قارورہ کی حالت میں پرولنٹ (purulent = قحطی) مہلی رطوبت موجود ہو یا جنین کی میلپوزیشن (malposition = ناقص وضع) یا کانٹرکٹڈ پیلوس (contracted pelvis = منقبض حوض) ہو تو علاج ایک نہایت موافق اور اول ترین لمحہ پر شروع ہو سکتا ہے اور اس مصیبت کا جو کہ بعد میں پیش آسکتی ہے سد باب کیا جاسکتا ہے۔

تحقیقات باقاعدہ طور پر کرنی چاہئے۔ پہلے مریضہ کی روداد معلوم کرنا چاہئے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ آیا اس کو سکارلٹ فیور (scarlet fever = تپ قرمزی) ارد میٹک فیور (rheumatic fever = تپ رثیتی) یا کوریآ (chorea = داء الرقص) یا مزمن مرض گردہ ہوا ہے یا نہیں۔

اگر وہ پہلے حاملہ چکی ہے تو اس سے دوسرا سوال یہ کرنا چاہئے کہ اس کے سابقہ حمل اور وضع حمل کی تفصیلات کیا ہیں کیونکہ یہ نہایت قیمتی معلومات بہم پہنچا سکتی ہیں۔ مثلاً بار بار ایبورتن (abortion = استقاط) کی اور بار بار پیش از میعاد وضع حمل کی روداد اور خاص طور پر مردہ اور میسر ٹیڈ (macerated = قطعین شدہ) جنینوں کا پایا جانا، سفلس (syphilis = آتشک) یا مزمن مرض گردہ کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ اسی طرح البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) اڈیما (œdema = تہج) اور کانولشنز (convulsions = تشنجات) کی روداد سابقہ ٹاکسیمیا آف پریگننسی (toxæmia of pregnancy = حمل کا تسمم و موی) ظاہر کرتی ہے اور اس کے لئے خاص احتیاطوں کی ضرورت ہے۔

سابقہ وضع المحلوں کی قبالتی روداد اس امر کی ایک نہایت اہم رہنما ہے کہ آئندہ وضع المحلوں میں کیا توقع کیجا سکتی ہے۔ اگر مریضہ کا وضع حمل طویل ہوا ہو اس میں انیس تصییا (عدم حیست) کی ضرورت پڑی ہو ولادت بذریعہ آلات ہوئی ہو اور شاید نتیجہ مردہ یا ضرر رسیدہ بچہ پیدا ہوا ہو یا جو بچہ پیدا ہوا ہو تھوڑی ہی دیر بعد انٹرکرینیل (intracranial = درون جمجمہ) تقریباً

مرگیا ہو تو نہایت اغلب ہے کہ اس میں کوئی پیلوک کاٹریشن (pelvic contraction) = حوضی انقباض عظمی تشوہ ہے۔ سابقہ حمل اور وضع الحملوں میں بار بار میلوژیشن (ناقص وضع) ہونے کی روداد بھی اسی حالت کی طرف اشارہ کرے گی۔

پیدائش کے وقت بچہ کے وزن کے متعلق کیا معلومات ہیں، اور نیز جنینی سر کا محیط کیا ہے جو پیدائش کے فوراً ہی بعد ناپنا چاہئے قبل اس کے کہ مولڈنگ (moulding = نصیغ) اس کو تبدیل کر سکے۔ ان کو بہت سی اہمیت دینی چاہئے کیونکہ یہ اس امر کا پتہ دے گی کہ حوض میں گنجائش کتنی ہے اور پیدائش کے لئے عظمی قنال کی شکل کیا ہے بہترین رہنما ہیں۔

یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ آیا بچوں کو چھاتیوں سے دودھ پلایا گیا تھا یا شیشی سے اور آیا وہ زندہ رہے تھے یا نہیں اور اگر بعد میں مر گئے تو ان کی موت کا سبب کیا تھا۔ اگر مریضہ سابقہ وضع الحملوں کے بعد اپنے بچوں کو دودھ نہ پلا سکی ہو یا صرف تھوڑی مدت تک پلا سکی ہو تو ایسی صورتوں میں اکثر اوقات اس کے بچوں کو چھاتیوں کا دودھ پلانے کے لئے خاص توجہ دی جاتی ہے اور ناکامی رضاعت کا سدباب کیا جاتا ہے۔ اگر سابقہ بچے دست اور قے کی وجہ سے مر گئے ہوں تو ماں کو اسے بچہ کی عمدہ و پرداخت کی تعلیم دی جاتی ہے اور وضع حمل کے بعد اس کی اور اس کے بچے کی نگرانی کی جاتی ہے اور آئندہ موقع پر دستوں اور قے کی روک تھام کی جاتی ہے۔

پھر اس کے موجودہ حمل کی روداد کی تحقیقات کرنا چاہئے کہ اس کے گزشتہ باقاعدہ ایام حیض کی تاریخ کیا ہے اور کوئی غیر طبعی علامات تو نہیں ہیں۔

پھر عام امتحان کیا جاتا ہے۔ قد و قامت، نگوچال اور تشوہ کا لحاظ کیا جاتا ہے۔ قلب اور پھیپھڑوں کا امتحان کیا جاتا ہے کہ ان میں کوئی مرض ہے یا نہیں اور سائائوس (زرّاق) اور سانس پھولنے پر نظر کی جاتی ہے۔ تھائرائیڈ (thyroid = ورتی) کو اس میں اماری کلانی دریافت کرنے کے لئے جس کیا جاتا ہے، اور پوٹوں، ہاتھوں اور نگوچوں کو اڈیمیا (تہج) کے نشان کے لئے غور سے دیکھا جاتا ہے۔ قارورہ کا امتحان خصوصیت سے البیومن (albumin) کا سٹز (casts = سائک) ریم اور شکر کے لئے کیا جاتا ہے۔ پیشاب کا یہ امتحان جلد جلد اور باقاعدہ وقفوں پر کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 79) اور ان صورتوں میں جن میں البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) کا واقع ہونا پایا جائے تحقیقات دوسرے

طریقوں سے بھی کرنا چاہئے (دیکھو باب نہم)۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ مریضہ کی صحت کو حتی الامکان اعلیٰ ترین درجہ تک لانا چاہئے اور اس حالت کے خلاف جو اسے گھٹائے تحفظ کرنا چاہئے۔ دوران حمل میں اور حمل کے بعد دانتوں کے بوسیدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے لہذا ان کا معائنہ کرنا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو اچھی طرح ان کی چھان بین کرنا چاہئے۔ اس کی ضرورت صرف عام صحت کے قیام کے لئے ہی نہیں بلکہ اس وجہ سے بھی ہے کہ سپٹک (septic = عفونت زدہ) دانت اور مسوڑھے بعد میں منبع سرایت بن سکتے ہیں۔ نہ صرف دانت اور مسوڑھے بلکہ ٹانسلز (tonsils = لوزوں) اور فاسینز (faucis = طقوم) کے بھی امتحان کی ضرورت ہے۔

مکان ہے کہ ان میں سٹرپٹوکالکی (streptococci = بقیات سبجیہ) موجود ہوں۔

امتحان عمومی میں مریضہ کی دماغی اور عصبی حالت کا اندازہ بھی کرنا ضروری ہے۔ حاملہ عورتوں میں یہ بالخصوص امکان ہوتا ہے کہ وہ عصبانی ہوتی ہیں یا ڈرتی رہتی ہیں کہ ان کو تکلیف ہوگی۔ اس ڈر کو کم کیا جاسکتا بلکہ دور کیا جاسکتا ہے۔

پھر طریق معمولہ پر پستان، شکم اور پیلوں (حوض) کا مقامی امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ کہا گیا ہے اور ٹھیک کہا گیا ہے کہ اگر کوئی طبیب پیلو میٹری (pelvimetry = حوض پیمائی) کو نظر انداز کر دے تو اس کی مثال اس شخص کی سی ہے جو بغیر استماع اور قرح کے ریوی امراض کے علاج کی کوشش کرے۔ عام طور پر بیرونی پیمائش کافی ہوتی ہیں۔ لیکن اگر یہ اوسط سے چھوٹی ہوں یا ان کے طبعی ہونے کے باوجود پہلے حمل کے آخر ماہ میں سرانگیختہ (engaged = مرتبط) نہ ہوتا ہو تو داخلی امتحان کی ضرورت ہے۔ محض پیلو میٹری (حوض پیمائی) کافی نہیں ہوتی کیونکہ یہ دوسرے نامعلوم عوامل یعنی جینی سر کی جسامت کو ملحوظ نہیں رکھتی۔ جو امر زیادہ اہم ہے وہ جینی سر کی جسامت اور ماں کے حوض کی جسامت کا درمیانی تناسب ہے اور ان معنوں میں بہترین حوض پیمانہ ہے۔ ہمارے پاس بچے کے سر کو ناپنے کے کوئی براہ راست ذرائع نہیں ہیں۔ جسامتوں کے دریافت کرنے کا بہترین طریقہ منرو کر (Munro Kerr) کا بانی مینوئل (دودستی) طریقہ ہے (دیکھو صفحہ 397)۔

ولوا (فرج) اور ویجائنا (مہبل) کا بھی معائنہ کرنا چاہئے تاکہ کسی غیر طبعی رطوبت یا آج کو خارج از بحث کیا جائے۔ نیز امتحان معمولہ کے ایک جز کی حیثیت سے بھی ان کا معائنہ

کرنا چاہئے تاکہ پورپرل سیکس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت) نہ ہونے پائے۔
 ویجائیل (ہیپلی) امتحان وضع محل شروع ہونے سے کچھ وقت پہلے بھی کرنا چاہئے تاکہ سٹ (cyst = دیرد) یا رسولی کی موجودگی کو خارج از بحث کیا جائے۔ کیونکہ اگر ان کا پتہ نہ لگایا جائے تو ممکن ہے اس کا نتیجہ آب سٹرکٹڈ (obstructed = مسدود) وضع محل ہو۔
 دوران حل میں ویجائیل (ہیپلی) امتحان کرتے وقت وہی شدید وافع عفونت ٹیکنیک (technique = طرز عمل) اختیار کرنا چاہئے جیسا عملیہ شکم میں بڑا جاتا ہے یا جو وضع محل کے وقت اختیار کیا جاتا ہے۔ اگر ان احتیاطوں کو نظر انداز کیا جائے تو جنینیل قنال (genital canal = ولادتی قنال) میں سرایت پیدا ہونے کا اندیشہ ہے یا اگر قصورزی دیر بعد وضع محل واقع ہو جائے تو پورپرل انفیکشن (puerperal infection = نفاسی سرایت) پیدا ہو سکتی ہے۔

مریضہ کو یہ بھی مشورہ دینا چاہئے کہ اگر ذیل کی کوئی حالت پیدا ہو تو وہ فوراً اپنے طبیب کو مطلع کرے :-

- ۱۔ قلت البول
- ۲۔ مسلسل درد سر
- ۳۔ اختلال بصارت
- ۴۔ چہرہ یا منخوں کا ورم
- ۵۔ ہیمریج (نزف)

اس کے علاوہ ہونے والی ماؤں اور بالخصوص اُن ماؤں کے لئے جو کہ پہلی بار حاملہ ہیں، قبل الولادتی بائجین (اصول صحت) کی تعلیمی جماعتیں قائم کرنے سے بہت قومی نفع حاصل ہو سکتا ہے۔

اس تعلیم میں علاوہ اس امر کے کہ طبی عمل کی نگرانی کے متعلق مشورہ دیا جاتا ہے دیگر معاملات بھی شامل کئے جاسکتے ہیں جیسے پرسنل بائجین (personal hygiene = شخصی اصول صحت) کی تمام شاخوں کی اہمیت اور ماں اور بچہ دونوں کے واسطے گھر کا تیار کرنا۔ اس سے اس امر کا موقع حاصل ہوگا کہ دوران حل میں ماں کی صحت کے لئے سینیٹیشن (sanitation = صفائی) اور مناسب فیلشن (ventilation =

ترویج کے اثرات کی عظیم اہمیت پر زور ڈالا جائے۔ ماں کو یہ بھی تعلیم دینا چاہئے کہ چھاتیوں سے دودھ پلانے میں کیا نفع ہے، اور نوزائیدہ بچہ کی پرداخت کیونکر کرنا چاہئے۔

باب ششم

حمل کے ٹاکسیمیا (toxæmias) تسمات الدم

تمہید

دستور ہے کہ حمل کی بعض غیر طبعی حالتوں پر لفظ ”ٹاکسیمیا“ (toxæmia) تسم الدم) کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ بہ قطر سہولت اور عام رواج کا لحاظ کرتے ہوئے اس عنوان کو یہاں بھی قائم رکھا گیا ہے، لیکن اس سے یہ نہ سمجھ لینا چاہئے کہ مختلف فسادات کو جو زیر غور ہیں کسی مشترکہ علتی عامل کی جانب منسوب کیا جاسکتا ہے۔ چہ جائیکہ یہ سمجھ لیا جائے کہ وہ کسی ایسے اولیٰ نوعی سم کی مضرت رساں فعالیتوں کا نتیجہ ہیں جو حاملہ حالت کیساتھ مختص ہے۔ کیونکہ حمل حقیقت میں ایک فعلیاتی حالت ہے۔

زناہ حمل کے امراض کو دو بڑے گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے :-

- ۱۔ وہ امراض جو کہ حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، مثلاً ٹیوبرکلو سیس (tuberculosis = تدرن)، کرائمک نفرائٹس (chronic nephritis = مزمن التهاب گردہ)، ڈایا بیٹیز (diabetes = ذیابیطس)، (دیکھو باب بست اور اس کے بعد کے صفحات)۔
- ۲۔ وہ امراض جو کہ حمل کے ساتھ مختص ہیں (یعنی ٹاکسیمیا (تسمات الدم) - انیس)

بڑے بڑے منظر یہ ہیں :-

(۱) پریگنٹنسی وائٹنگ (pregnancy vomiting = تے الحمل) اور پرائیسی

گرملیڈیرم (hyperemesis gravidarum = حمل کا استفراغ شدید)۔

(ب) حمل کا البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور پریگنٹنسی کڈنی (pregnancy kidney = گروہ حمل)۔

(ج) ایکلیپسیا (eclampsia = انشجاج) اور پری ایکلیپٹک سیٹ (pre-eclamptic state = پیش انشجاجی حالت)۔

(د) اکیڈنٹل اینٹی پارٹم ہیمریج (accidental antepartum haemorrhage = اتفاقی قبل الولادتی نزف)۔

(س) اکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لیور (acute yellow atrophy of the liver = جگر کا حاد اصفر ذبول)۔

ہم کو یہ امر شروع میں ہی ظاہر کر دینا چاہئے کہ پریگنٹنسی وائٹنگ (حقہ الحمل) اور ہائیمیس (استفراغ شدید) کی امراضیات اب خوب اچھی طرح معلوم ہیں، نیز حالیہ حیاتی کیمیائی اور سریری تحقیق سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ اس حالت میں کسی قرضی اولی سم کا وجود تلاش کرنا غیر ضروری ہے۔ البتہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور ایکلیپسیا (انشجاج) کی امراضیات ہنوز پرودہ تاریکی میں ہیں اور اسی طرح اکیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی بھی کہ جس کو اب وقتی طور پر ٹاکسیمک (toxæmic = قسمی دموی) اصل کا سمجھا جاتا ہے۔ لیکن خوش قسمتی سے عملی تجربہ کے نتیجہ کے طور پر ان امراضیات کے سریری اور علاجی مسائل کو ایک تسلی بخش بنیاد پر قائم کر دیا گیا ہے۔ چنانچہ آئندہ انہی کی طرف نہ کہ لاتعداد مفروضات کی طرف توجہ مبذول کرائی جائے گی۔

متذکرہ بالا امراض کے علاوہ حمل میں متعدد خفیف لیکن تکلیف دہ شکایات پائی جاتی ہیں مثلاً پرور اٹس (pruritis = خارش) (سیلوشین = salivation = کثرت ریق) ہرپیز جیسٹیشنز (herpes gestationis = منہ حمل) اور مختلف قسم کے نیورالجیاز (neuralgias = وجع العصب)۔ ان کو بھی ایک سام عامل کی جانب منسوب کیا گیا ہے۔

جگر کی اکیوٹ ییلو اٹروفی (acute yellow atrophy = حاد اصفر ذبول) کو بھی حمل کے ساتھ وابستہ کرنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ تاہم اس علتی تعلق کے حق میں جو شہادتیں

لے کتاب میں لفظ پرور اٹس کو ہے لیکن اسکی بجائے لفظ پرور اٹس کا ترجمہ کیا گیا ہے ویچو صفحہ 127۔

اس پر اعتراض وارد کیا گیا ہے۔ اتنا سمجھ میں آ سکتا ہے کہ یہ حالت کا ہے ان کبدی علاماتوں کی جو کہ بعض قسم کے ایکلیمپسیا (انشجاج) کا امتیازی خاصہ ہیں، انتہائی نمونگی نمائندگی کرتی ہے۔

راج الوقت مفروضات

شاید سب سے زیادہ عام پسند مفروضہ وہ ہے کہ جس میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ مضرت رساں عناصر یعنی سموم براہ راست یا بالواسطہ اووم (بیضہ) اور بالخصوص اس کے حملہ آور حاشیہ یعنی پلیسینٹا (مشیمہ) اور کوریونک ولانی (سلوی خلات) سے پیدا ہوتے ہیں گویا ایک قسم کی بائیو کیمیکل نیوپلیزیا (biochemical neoplasia = حیاتی کیمیائی نوٹیکوین) ہیں۔ یہ سموم ماں کے جگر اور گردوں کی کارکردگی پر خراب اثر ڈالتے ہیں چنانچہ تھولی حاصلات کا اخراج ناقص ہوتا ہے جس سے ان امکانی طور پر سام ثیابولٹ (metabolites) کا احتباس ہو جاتا ہے۔ یہ احتباس ٹاکسیمیا (سم الدم) کے مظاہر کو جو پہلے سے موجود ہوتے ہیں اور بھی شدید کر دیتا ہے۔ مذکورہ بالا ثانوی یعنی تھولی سموم علاوہ دیگر مقامات کے دوران انہضام میں امعائیں بھی پیدا ہوتے ہیں اور بالعموم کبدی اور کلوی نقص پرنا کافی معافی اخراج مستزاد ہو جاتا ہے۔

تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ ابھی تک اس اولی سم کے متعلق جو کہ فرض کیا گیا ہے کوئی قطعی ثبوت حاصل نہیں ہوا اور کلوی سم کی موجودگی کے حق میں اکثر دلائل صرف تشبیل پر مبنی ہیں۔ اس کے برخلاف کبدی اور کلوی فسادات کے متعلق یہ ہے کہ ان کا قطعی طور پر مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ لیکن افسوس کہ ان فسادات کے جو حیاتی کیمیائی اثرات مشاہدہ کئے گئے ہیں وہ نہایت ہی اختلاف پذیر ہیں اور انکی سریری خصوصیات بھی امراضیاتی مشاہدات کے ساتھ بالعموم متناظر نہیں ہوتیں لیکن ہم کو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض ملکہ حیاتی کیمیائی عوامل کی کمی تخمین بھی ہنوز ناقابل عمل ہے اور ایسے لاتعداد سہی اجسام ہیں جو اب تک حیاتی کیمیادان کی نظر سے بچے ہوئے ہیں۔

یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ حمل کے تھولی اعمال مادری جگر اور گردوں کے کام پر بذات خود ایک مزید بار ڈالتے ہیں۔ لیکن، یہ بیان تو متنازع فیہ ہے، کیونکہ معمولی حالات میں بظاہر ایک بالیدگی پذیر جنین کی ضروریات کی وجہ سے دوران خون کے

متابولائٹوں (metabolites) کی اخراج طلب مقدار کم ہو جاتی ہے۔ مثلاً حمل میں بلڈ یوریا (blood urea = ورمی یوریا) کی مقدار، بمقابلہ اس مقدار کے جو کہ ایک غیر حاملہ عورت میں ہوتی ہے، طبعاً کم ہوتی ہے۔

ایک مزید مفروضہ میں یہ سمجھا گیا ہے کہ مادری ورمی رسد سے ایک قسم کی خلل ہو کر پلینٹل انفارکشن (placental infarction = میٹمی افعام) اور نیکروسیس (necrosis = تنخر) کے محدود رقبہ جات پیدا ہو جاتے ہیں اور ان کی خود پائیدگی سسوم پیدا کرتی ہے۔

دیگر محققین نے اینا فیلکٹک (anaphylactic = استہدائی) اور الیرجک (allergic = حساسی) مظاہر فرض کئے ہیں، گو کہ اس کے متعلق یقین آفریں شہادت عنقا ہے۔ اسی طرح ایسڈ بیس بیلنس (acid-base balance = ترشہ اساسی توازن) کے تغیرات پر بھی تحقیقات کی گئی ہے لیکن مسئلہ کے اس پہلو کا بعد میں ذکر کیا جائے گا۔ ذمہ دار مشاہد اب عام طور پر اس پر اتفاق کرتے ہیں کہ ایسڈ ورسر (acidosis = ترشہ سمیت) زیر بحث کیفیوں کی تیبیب میں ایک ثانوی حیثیت رکھتا ہے۔

درون افزائی انحرافات کو بھی ذمہ دار گردانا گیا ہے اور اس بنیاد پر مختلف دلچسپ مفروضات گھڑے گئے ہیں۔ تھائرائیڈ (thyroid = درقیہ) پیرا تھائرائیڈ (parathyroid = نزد درقیہ) ایڈرینل (adrenal = سرگروہ) پشوٹری (نخامیہ) اور مختلف اوویرین (ovarian = بیضی) افرازات پر یکے بعد دیگرے غور کیا گیا ہے مکن ہے کہ بحالت امتزاج یہ عوامل کوئی معتد بہ کام کرتے ہوں۔ پوسٹیریر شوٹری (posterior

pituitary = خلفی نخامی) اور ایڈرینل (سرگروی) افرازات کے سلسلہ میں تو کم از کم یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ ایکلیمپیا (انشناج) کے بعض مظہرات کو بظاہر کسی نہ کسی قسم کے پریسیر (pressor = ضاغط) اثرات کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔ افسوس کہ ہمارے پاس فی الحال کوئی تسلی بخش طریقہ نہیں ہے جس کے ذریعہ دوران خون کے اندر ان مادیوں کی یا معلوم پریسیر (ضاغط) اساسوں کی مقدار کی تخمین کی جاسکے۔ لیکن اتنا قیاس کیا جاسکتا ہے کہ ضاغط مظہرات دراصل غائی حیثیت رکھتے ہیں یا معکوس یا میکافی اہل کے دورانی ورمی تعاملات کی نمائندگی کرتے ہیں۔

آخر اِیہ بتایا گیا ہے کہ حمل میں درون شکمی دباؤ قطعی طور پر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کا بہت زیادہ بڑھ جانا ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کا موجب ہوتا ہے، کیونکہ جگر اور گردوں کے شعری دوران خون میں میکانی مدخلت ہونے کی وجہ سے ان کے اخراجی و لطیفوں میں خرابی واقع ہو جاتی ہے۔

ایکلیپسیا (انشجاج) کو صحیح طور پر ایک ”کثیر نظریات والا مرض“ پکارا گیا ہے۔

حیاتی کیمیائی مشاہدات

حیاتی کیمیائی تحقیقات کے ذریعہ زیر بحث ٹاکسیمک (تسمی دموئی) حالات پیدا کرنے والے اسباب کو اب تک دریافت نہیں کیا جاسکا کیونکہ اس سے صرف فساد کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں، اس کے تسمی حالات پر کچھ حقیقی روشنی نہیں پڑتی۔ مزید براں اگر پگینسنی اٹمنگ (تھے النمل) اور ہائپر امینس (استفراغ شدید) کی صورت سے قطع نظر کر لیا جائے تو ایک معروف حیاتی کیمیائی انحراف کے درجہ میں اور متلازم سرمدیری حالات کی شدت میں کوئی حقیقی مناسبت ثابت نہیں کی گئی۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایکلیپسیا (انشجاج) کی ان اصابتوں تک میں جو موت پر منتج ہوتی ہیں، نائٹروجنی احتباس یا ایسڈوسس (acidosis = ترشہ سمیت) کا کوئی ثبوت نہ پایا جائے اور اس کے برعکس ان اصابتوں میں جن میں کوئی بھی امتیازی علامت ظاہر نہ ہو انتہائی درجہ کا کروی فساد پایا جائے۔ یہ واضح ہو گا کہ مندرجہ بالا بیان ان اصابتوں پر بھی صادق آتا ہے جو کہ بالعموم ”یوریمک“ (uræmic = تسمی بولی) کہلاتی ہیں۔ زمانہ حال میں ایسڈوسس (ترشہ سمیت) کے عامل پر معتد بہ توجہ صرف کی گئی ہے۔ صادق ایسڈوسس (acidosis = ترشہ سمیت) میں جو کہ ایسڈوسس بیلنس (acid-base balance = ترشہ اساسی توازن) کا ایک قطعی تغیر ہے اور اس کیٹوسس (ketosis = کیتونیت) میں جو کہ ہائپر امینس (استفراغ شدید) کی امتیازی خصوصیت ہے صاف صاف فرق کرنے کی ضرورت ہے۔ قے کی خاصی شدید اصابتوں تک میں، پلازما (plasma) کا بائی کاربونیٹ کاٹنٹ (bicarbonate content) = بائی کاربونیٹ مائیفا) طبی عملی مقدار سے بہت کم نہیں ہوتا حالانکہ اس میں کیٹوسس (ketosis = کیتونیت) مہم ظاہر ہوتا ہے۔

حل میں پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-bicarbonate) طبعی طور پر کم ہوتا ہے۔ اس فعلیاتی ایسڈ و سنر (acidosis = ترشہ سمیت) کی وجہ یہ نہیں ہے کہ قلی حقیقی طور رکھت جاتی ہے بلکہ یہ ہے کہ خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کے تناؤ کی اولی تخفیف ہو جاتی ہے۔ قطع نظر ان سرمدی مشاہدات کے جن کے متعلق آئندہ ذکر کیا جائے گا، حل کے البیون (یوریا) (البیون بولیت) کی اصابتوں میں بالعموم پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-bicarbonate) کی مزید تخفیف نہیں پائی جاتی، چنانچہ ان میں ایسڈ و سنر (ترشہ سمیت) کا کوئی حیاتی کیمیائی ثبوت پایا نہیں جاتا۔ لیکن صادق نفرائس (nephritis = التهاب گردہ) میں بسا اوقات قلوئی ذخیرہ کی ایک نمایاں تخفیف ہو جاتی ہے۔ فاسفیٹ (phosphates) محسوس ہو جاتے ہیں اور وصل کا کیلشیم کا منٹ (calcium content = کیلشیم مافینہا) کم ہو جاتا ہے۔ یہاں یہ ذکر کر دینا مناسب ہو گا کہ کیلشیم کی تخمین کے صحیح طریقوں کے ذریعہ یہ ثابت ہوا ہے کہ حل کے البیون (یوریا) (البیون بولیت) میں (اسوقت جبکہ التهاب گردہ نہ ہو) اور حتیٰ کہ ایکلیمسیا (انشعاج) میں بھی کیلشیم کا منٹ (کیلشیم مافینہا) کی طبعی حالت کا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا تاہم ایکلیمسیا (انشعاج) کی بعض اصابتوں میں پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-bicarbonate) کی قطعی تخفیف دیکھی گئی ہے، لیکن اس کو تشجبات کے اثرات کی جانب یا وضع حل کی عضلی مساعی کی جانب منسوب کیا جاسکتا ہے۔

پرکیننسی وارمٹنگ (قے الحمل) اور مایہر امیس (استفراغ شدید) کا کیٹوس (ketosis = کیٹونیت) ایک بالکل جداگانہ مسئلہ پیش کرتا ہے۔ گو کہ پیشاب کی نائٹروجنی ترتیب اجزاء کے تغیرات کی غلط تاویل کی وجہ سے خلط مبحث واقع ہو گیا ہے، تاہم ایمونیا کوئٹنٹ (ammonia coefficient = ایمونیا قدر) میں جو تغیرات مشاہدہ کئے گئے ہیں انکواب پر اسرار خیال کرنے کی کچھ ضرورت نہیں ہے۔ مذکورہ بالا حالتوں میں حیاتی کیمیائی تغیرات دراصل کاربوائیڈ ریٹ تجوع اور اس نابیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو کہ مسلسل قے اور کم درآمد سے پیدا ہوتی ہے۔ مزید براں مذکورہ بالا حیاتی تغیرات اصابت کی سرمدی شدت کے ساتھ کئی طور پر متناظر ہوتے ہیں۔ ہر اس مظہر کو جو سائنٹفک طور پر مشاہدہ کیا جاتا ہے، قے کے اثرات کی جانب منسوب کیا جاتا ہے تاہم نظری طور پر یہ ممکن ہے کہ کبھی گلاؤجن کا افراغ جو کہ صورت حالات کی تہ میں ہوتا ہے، جسٹروی طور پر ہیپتیک

(sympathetic=مشارکی) یا ایڈرنل (adrenal=سرگروی) اثر کا نتیجہ ہو۔

رحم میں بالیدگی پذیر جنین کا موجود ہونا، کاربوہائیڈریٹ کی ایک خاص احتیاج پیدا کر دیتا ہے، چنانچہ حاملہ عورت میں یہ میلان ہوتا ہے کہ اس میں کاربوہائیڈریٹ کے مجموع کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ شحمی ذخیرہ کا خراج بڑھ جاتا ہے۔ اس افر شحمی تحول سے ایک کیٹوسس (ketosis=کیتونیت) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے جس کا ثبوت یہ ہے کہ پیشاب میں آکسی بٹرک (oxy-butyric) اور امیو ایسٹک ترشے نمودار ہو جاتے ہیں۔ ان ایسٹون باڈیز (acetone bodies=ایسٹون اجسام) کا پیشاب میں اخراج ایک تعجب انگیز حد تک بڑھ جاتا ہے حالانکہ خون میں ان کا ارتکاز اتنا نہیں ہوتا کہ ڈایا سیسٹز (diabetes=ذیابیطس) کی طرح ایک صادق ایسڈوسسز (ترشہ سمیت) پیدا کر دے۔ ان کی بیش پیدائش کا ازالہ اس طرح ہوتا ہے کہ ایمونیا کی ریڈیکلز (ammonia radicles) ایمونیا کی اصلوں) میں ایک تناظر انحراف واقع ہوتا ہے تاکہ ان ترشوں کی تبدیل اور اخراج ہو جائے۔ چنانچہ نائٹروجنی ترتیب اجزا بدل جاتی ہے، جیسا کہ بلند ایمونیا کو فکشنٹ (ایمونیا کی قدر) سے ثابت ہوتا ہے۔ پہلی قے کا نتیجہ ایک طرف تو یہ ہوتا ہے کہ نائٹروجن کی درآمد کٹ جاتی ہے دوسری طرف یہ کہ ایک کیٹوسس (ketosis=کیتونیت) پیدا ہو جاتا ہے، یہ دونوں جمع ہو کر اس بلند ایمونیا کی قدر کی جو کہ مشاہدہ کی گئی ہے، کافی توجیہ کر دیتے ہیں۔

88

قے کی خفیف یا ابتدائی اصابتوں میں کسی غیر طبعی حیاتی کیمیائی حالت کا ثبوت نہیں پایا جاتا، لہذا مذکورہ بالا خصوصی مشاہدات قے کی تشبیہ پر کچھ بھی روشنی نہیں ڈالے، جس پر آئندہ بحث کی جائے گی۔

شدید اصابتوں میں بھی باوجود اس امر کے کہ کاربوہائیڈریٹ کا فراغ دوسرے ذرائع سے ثابت ہوتا ہے، بلڈ شوگر کا نمٹ (blood-sugar content=دموی شکر مائیا) میں کوئی معتد بہ تخفیف واقع نہیں ہوتی۔ البتہ یہ مسلم ہے کہ اس کی مقدار اس انتہائی ناقہ سنی میں بھی قائم رہتی ہے کہ جس کا حمل سے بالکل تعلق نہ ہو۔

مذکورہ بالا بیانات کا اطلاق دراصل حمل کے ابتدائی زمانہ کی قے پر ہوتا ہے، یا اس قے پر ہوتا ہے جو حمل کے ابتدائی زمانہ میں شروع ہوا اور بعد میں بھی جاری رہے۔ قے کی

وہ قسم جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں شروع ہوتی ہے اور پری اکلیمپٹک (=pre-eclampsic) پیش آنشاجی) حالت کی علامت ہے ایک مختلف امراضیاتی مسئلہ پیش کرتی ہے۔

تاہم ترقی پذیر قے کی بعض اصابتوں میں اس امر سے خلط مبعوث پیدا ہو سکتا ہے کہ ان میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) ایک ثانوی خصوصیت کے طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ ان شدید اصابتوں میں کلوی و ظیفہ کی خرابی کی وجہ یہ قرار دیجا سکتی ہے کہ طول اور مسلسل قے سے این ہائیڈریشن (=anhydration) بالیدگی) پیدا ہو گیا ہے چنانچہ خون کا ناٹروجن نائٹروجن (non-protein nitrogen) اور یورک ایسڈ (=uric acid) یورک ترشہ) زیادہ ہوتا ہے۔ جب علاج کے طور پر سیالات کا اضافہ کرنے سے این ہائیڈریمیا (=anhydræmia) عدم آب و مویت) اور الکیوریا (=oliguria) قلت البول) زائل ہو جاتا ہے اور اورار البول ہو کر پیشاب کا البیومن غائب ہو جاتا ہے تو مذکورہ بالا دموی جزا بھی کم ہو جاتے ہیں۔

ایک متبادل امکان یہ ہے کہ اس قسم کی بعض اصابتوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور کلوی خرابی میکانی عوامل کا نتیجہ ہیں۔ جب یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ ایک میکانی یا خالصہ عروقی عامل حمل میں کلوی نقص کا موجب ہو سکتا ہے تو ہم کو یہ بھی تسلیم کرنا چاہئے کہ تند قے اس عامل کو نہایت ہی واضح طور پر شدید بنا سکتی ہے۔

عام طور پر یہ مانا جاتا ہے کہ زمانہ حمل میں ایک مثبت نائٹروجن بیلنس (nitrogen balance) نائٹروجن بچت) ہوتا ہے، یہ اس امر کا مظہر ہے کہ بالیدگی پذیر جنین کی ضروریات سے جو زائد نائٹروجن ہوتی ہے وہ مذخور ہو جاتی ہے۔ پلازما پروٹینز (plasma proteins) گھٹ جانے کا رجحان رکھتے ہیں جو کہ غالباً صادق ترقیق کا نتیجہ ہے۔ دوران حمل میں خون کے امینو ایسڈز (=amino-acids) امینو ترشے) میں تغیر ہونا ثابت نہیں ہوا۔ طبعی حمل میں بلڈ یوریا (=blood urea) دموی یوریا) نسبتاً کم ہوتا ہے لیکن خون کا کلی نان پروٹین نائٹروجن کا منٹ (=non-protein nitrogenous content) غیر پروٹینی نائٹروجن مافیہا) تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے کہ جتنا ایک طبعی اور غیر حاملہ عورت میں ہوتا ہے۔

البیومن یوریا آف پرنینسی (=albuminuria of pregnancy)

حل کی البیومن بولیت کی غیر پیچیدہ اصابتوں میں، سوائے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے خون یا پیشاب کی کیمیا میں کوئی اہم یا تمیز غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔

اگر التهاب گردہ حمل کو پیچیدہ کر رہا ہو، تو خون میں نائٹروجن (nitrogen)

کا معتد بہ اعتبار واقع ہوتا ہے، نیز فاسفیٹ (phosphate) کا احتباس اور ایسڈوسز (acidosis) بھی پایا جاتا ہے۔ کلوئی و طیفہ کی تخمین کرنے کے لئے مختلف کم و بیش تسلی بخش

کاشفات بنائے گئے ہیں۔ ان میں سے فینال سلفون تھالین (phenol-sulphone-

pthalein، ڈائی سٹیس (diastase)، ہیپورک ایسڈ (hippuric acid) = ہیپورک

ترشہ) اور یوریا کانسنٹریشن (urea concentration = ارتکاز یوریا) کاشفات

سب سے زیادہ استعمال کئے گئے ہیں اور غالباً یوریا کانسنٹریشن (ارتکاز یوریا) کاشفہ سب سے

زیادہ مفید ثابت ہوا ہے۔ ایک انتہائی کلوئی عنصر، مظاہر ہر قسم کے پرکینسی (کیمیا (جی لیم الدم)

کا کہ جس میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہو، پیشرو یا سبب یا مہر ہو سکتا ہے۔ چونکہ

ان میں سے بہت کم کیفیات صاف صاف متعین ہیں، لہذا یہ ضروری ہے کہ ہر اصابت کی

اہمیت کا اندازہ اس کی ذاتی خصوصیات کی بنا پر کیا جائے۔

صادق ایکلیمپیا (انشناج) کے ہمراہ بالعموم کوئی نائٹروجنی اعتبار نہیں

پایا جاتا۔ اس حالت میں خون کا یورک ایسڈ کا منٹ (uric acid content) = یورک

ترشہ مافیہا بڑھ جاتا ہے، لیکن اس عامل کی اہمیت فی الحال واضح نہیں ہے۔ ہائیڈروجن

آیون کانسنٹریشن (hydrogen-ion concentration = ہائیڈروجن رواں کارٹکا)

بڑھ جاتی ہے، لیکن چونکہ ساتھ ہی لیکٹک ایسڈ (lactic acid = لیکٹک ترشہ) کا تراکم بھی

ہو جاتا ہے، لہذا اغلب ہے کہ یہ ایسڈوسز (ترشہ سمیت) انشناجی تشنجات کا اور شاید

وضع حمل کے دوران میں رحم کے عضلی انقباضات کا نتیجہ ہو۔ فائبرنوجن (fibrinogen)

اور فائبرین فرمنٹ (fibrin ferment = فائبرین خمیر) کا مومی مافیہا زمانہ حمل میں بڑھ جاتا

ہے، اور کہا جاتا ہے کہ ایکلیمپیا (انشناج) میں غیر طبعی طور پر بلند لیولز (levels) تک پہنچ جاتا ہے۔

لیکن ہر ایت سے پیچیدہ حل میں یہ اس سے بھی بلند تر لیول تک پہنچ جاتا ہے۔

حیاتی کیمیائی کاشفات کو نہایت کامیابی کے ساتھ استعمال کر کے یہ مظاہرہ کیا

گیا ہے کہ ایکلیمپیا (انشناج) میں کبدی و طیفہ بگڑ جاتا ہے اور حقیقت یہ اچھی طرح

متاثر کر دیا گیا ہے کہ ہلکے اصابتوں میں کبدی نقصان ایک ستر ترین علامت ہے۔
 اس شہادت کی تشبیہی اہمیت مشکوک ہے کیونکہ مذکورہ تغیرات ثانوی بھی ہو سکتے ہیں۔
 مجملہ ہم کو یہ ماننا پڑتا ہے کہ مثالی ایکلیپسیا (الشناج) میں مسئلہ میٹابولائٹسز
 (metabolites) کا کوئی اہم یا ممیز انحراف واقع نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس خون یا پیشاب
 میں کوئی نوعی سم بھی تفسیر نہیں کیا گیا۔

ایکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لور (acute yellow atrophy of the liver = liver
 جگر کے حادثہ صفرد بول) میں پیشاب میں لیوسین (leucine) اور ٹائروسین
 (tyrosine) پائی جاتی ہے اور خون کی امینو ایسڈ نائٹروجن (amino-acid nitrogen)
 قطعی طور پر بڑھ جاتی ہے۔

باب نہم

البیومن یوریا (=albuminuria) البیومن بولیت اور حمل

90

البیومن یوریا (البیومن بولیت) ایک علامت ہے، نہ کہ بذات خود کوئی مرض۔ پیشاب میں البیومن کا موجود ہونا اس امر کی گہرے معتد بہ طور پر ماؤف میں کوئی لازمی دلیل نہیں، البتہ یہ اس حالت کے امکان کی طرف اشارہ کرتا ہے اور بسا اوقات تشویشناک پیچیدگیوں کی خبر دیتا ہے۔

البیومن یوریا (البیومن بولیت) تمام حاملہ عورتوں میں سے تقریباً ہاں فی صدی میں پایا جاتا ہے۔ اس کی موجودگی معمولی حیاتی کیمیائی کاشفات کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ مشکوک اصاباتوں میں اس امر کی احتیاط کرنا چاہئے کہ پیشاب کے ایک قنطیری نمونہ کا امتحان کر کے مشاہدات کی تصدیق کر لی جائے اور پائیوریا (=pyuria) = ریم بولیت کی موجودگی سے جو کہ پائلٹس (=pyelitis) = التهاب حوض الکلیہ کی علامت ہے، کوئی گڈ ٹپسید نہ ہو۔

یہ ایک نہایت ہی ضروری امر ہے کہ ہر حاملہ عورت کے پیشاب کا بالخصوص زمانہ حمل کے آخری درجوں میں وقتاً فوقتاً امتحان کیا جائے۔ خواہ غیر طبعی علامات مفقود ہی کیوں نہ ہوں زمانہ حمل میں کم از کم بیسے میں ایک بار اور اگر ممکن العمل ہو تو آخری دو مہینوں میں ہفتہ میں ایک بار ضرور امتحان کرنا چاہئے۔ اس سے ایکلیپسیا (انشناج) کا خطرہ دور کیا جاسکتا ہے

الّا ان نہایت ہی شاذ و خاف اصابتوں میں کہ جن میں شدید ٹاکسمیا (toxæmia = تسمم الدم) حیرت انگیز سرعت کے ساتھ مویاب ہو جاتا ہے۔ مزید براں گردہ کو نقصان پہنچنے کا خطرہ قلیل ترین ہو جاتا ہے۔

معتبر تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ متوالی حمل میں البیومن یوریا کے عود کرنے کا قطعی رجحان پایا جاتا ہے۔ اس سے یہ فرض کر لینا کہ حمل کے ان حالات سے جو کہ پہلی مرتبہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے ظہور کا باعث ہوئے، ایک خفی التهاب گردہ پیدا ہو گیا ہے، منطقی طور پر صحیح نہ ہوگا، لیکن اس واقعہ کے امکان کا خیال ضرور پیدا ہوتا ہے۔ تجربی طور پر حیوانات میں ایسے حالات کو مسلسل قائم رکھ کر جو پہلی مرتبہ محض ایک عارضی البیومن یوریا (البیومن بولیت) کا باعث ہوئے، حقیقی التهاب گردہ پیدا کیا گیا ہے۔ لہذا ہم کو یہ سمجھ لینا چاہئے کہ حمل کی ان اصابتوں میں جو البیومن یوریا (البیومن بولیت) ظاہر کرتی ہیں، قطع نظر اس امر کے کہ ان میں مزید پیچیدگیاں بھی پیدا ہو سکتی ہیں، بالکل آغاز کار ہی سے شدید نگرانی اور علاج کی ضرورت ہے۔

البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور حمل کی جمابندی

۱۔ وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ حمل کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ مثلاً مزمن التهاب گردہ، پائلٹائٹس (pyelitis = التهاب حوض الکلیہ) اور سیسٹائٹس (cystitis = التهاب مثانہ) ماربل کارڈ (morbus cordis = مرض القلب)۔

مزمن التهاب گردہ کے متعلق یہ ظاہر ہے کہ یہ حالت حمل سے پیشتر واقع ہو سکتی اور حمل سے پیچیدہ ہو سکتی ہے۔ وہ التهاب گردہ جو خفی ہوتا ہے، حمل کے مستزاد بار کی وجہ سے نمایاں ہو جاتا ہے۔ اسی کے برعکس ٹاکسمیا (تسمم الدم) کی ان اقسام میں جو کسی پیشروکھی غیر طبعی حالت کا نہیں بلکہ حالات حمل کا نتیجہ ہوتی ہیں، واضح التهاب گردہ پیدا ہو سکتا اور غالباً غصہ بن سکتا ہے۔

۲۔ وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ حمل کا نتیجہ ہوتا ہے۔

(۱) البیومن یوریا آف پرنیگنسی (albiminuria of pregnancy)

حمل کی البیومن بولیت (۱)۔

(ب) ایکلیپسیا (انشناج) اور پری ایکلیپسیا (پیش انشناج) میں البیون یوریا (البیون بولیت)۔

(ج) مسلسل ہائپرمیس (استفراغ شدید) میں ثانوی البیون یوریا (البیون بولیت)

(د) وہ البیون یوریا (البیون بولیت) جو کہ اتفاقی اینٹی پارٹم ہمسریج (ante-partum haemorrhay = قبل الولاد فی نزف) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

(س) وہ البیون یوریا (البیون بولیت) جو کہ ویکولر مول (vesicular mole = کیکی وحمہ) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

یہ جماعت بندی لازمی طور پر نامکمل اور موقتی ہے۔ اس میں جو خود ساختہ امتیازات پنہاں ہیں ممکن ہے وہ محض اختلاف الدرجات ثابت ہوں۔

حمل میں البیون یوریا (البیون بولیت) کی بہت سی اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان میں سوائے البیون کی موجودگی اور شاید اڈیما (cedema = تہیج) کے نہ تو کوئی غیر طبی علامت ہوتی ہے اور نہ کوئی حیاتی کیمیائی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ ان اصابتوں کو بالعموم البیون یوریا آف پریگننسی (albuminuria of pregnancy = حمل کے البیون یوریا) کے عنوان کے تحت جمع کیا جاتا ہے۔ زیادہ قریبی زمانہ میں اس قسم کی اصابت کو امریکہ میں لوریز روکٹنی (low reserve kidney = قلیل المعفوظ کردہ) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے، نیز یہ معقول طور پر رائے دی گئی ہے کہ البیون یوریا کے لفظ سے ایک معمولی اکتشاف کے سوا اور کچھ مراد نہ لینی چاہئے۔ پریگننسی نفروسیس (pregnancy

nephrosis = کلی مرض الکلیہ) یا پریگننسی کڈنی (کلیتہ الحمل) یا بے علامت البیون یوریا (البیون بولیت) کی اصطلاحات مبہم اور شاید گمراہ کن ہیں۔ لہذا جب تک امراضیاتی توضیح نہ ہو جائے ہم وہی نام قائم رکھیں گے جو کہ عام طور پر رائج ہے۔

البیون یوریا آف پریگننسی (حمل کی البیون بولیت)۔ البیون یوریا (البیون بولیت) زیادہ عام طور پر پرمی گریویڈا (primigravida = اولیں حاملہ عورتوں)

میں اور بالخصوص غیر شادی شدہ ماؤں میں پایا جاتا ہے۔ ہائیڈرمینیا (hydramnios = کثرت رمل) اور توامی حمل میں یہ نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ یہ بالعموم حمل کے آخری مدد ہیمنوں میں نمودار ہوتا ہے۔ اس کے خلاف ان اصابتوں میں کہ جن میں پہلے کوئی غیر طبی

امر نہیں پایا جاتا یہ وضع حمل کی ترقی کے دوران میں بھی پایا جاسکتا ہے۔

یہ امر علی الامیت رکھتا ہے کہ مندرجہ ذیل حالتوں میں تفریق کیجائے، حمل کا غیر پیچیدہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) مزمن التهاب گردہ اور وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ پری ایکلیپٹک (پیش انشاجی) علامات کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ مزمن التهاب گردہ میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) بالعموم حمل کے ابتدائی درجہ ہی سے ظاہر ہوتا ہے اور کلوئی خرابی کا حیاتی کیمیائی ثبوت یعنی ہائپر و جن کا احتباس اور ایسڈوسز (ترشہ سمیت) پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے البیومن یورک ریٹیٹائٹس (albuminuric retinitis) البیومن بولیتی التهاب شبکیہ) موجود ہو بسا اوقات مذکورہ بالا حالت کے ساتھ ایبارشن (abortion) استقاط الحمل) یا رحم کے اندر ہی جنین کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ کاسٹرز (سباک) کی موجودگی یا نوعیت سے جو شہادت حاصل ہوتی ہے، وہ ہمیشہ معتبر نہیں ہوتی، تاہم ذراقی یا سرطانی کاسٹرز (سباک) کی بافراط موجودگی بدیہی طور پر ایک التهابی کلوئی عنصر پر دلالت کرتی ہے۔

پری ایکلیپٹک (pre-eclamptic) پیش انشاجی) حالت کی امارات و علامات پر آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔ یہاں صرف یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بڑھتا ہوا فشار خون اسکی سب سے اہم معروضی تنبیہ ہے۔ پیشاب میں پروٹین کی مقدار بجائے خود یہ ظاہر نہیں کرتی کہ حالت کی شدت کتنی ہے۔

علاج

البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر اصابت، باضیاط علاج کی اور ہر وقت کی نگرانی کی محتاج ہے علاج کے بڑے بڑے مقاصد حسب ذیل امور کا اسناد ہے۔ (ا) ایکلیپسیا (انشاج)، (ب) مستقل کلوئی نقصان (ج) جنین کی موت فی الرحم۔ پہلے دو خطروں کو دور کرنے کا بہترین طریقہ بدیہی طور پر یہ ہے کہ جوں ہی البیومن یوریا (البیومن بولیت) شناخت ہو وضع حمل کا املہ کر کے حمل کا خاتمہ کر دیا جائے لیکن اگر جنین کا مفاد مد نظر ہو تو حمل کو جتنا زیادہ عرصہ قائم رہنے دیا جائے گا اتنا ہی (قطع نظر ان

پیچیدگیوں کے جو کہ بچہ کو رحم کے اندر ہی مار ڈالتی ہیں، بچہ کی بقا، حیات کا امکان زیادہ ہو جائے گا۔ یہ متضاد مفاد یعنی ماں کے مفاد اور بچہ کے مفاد معتد بہ قوت فیصلہ کام میں لانے کی ضرورت لاحق کرتے ہیں۔ ایسے مقررہ اصول پیش کرنا ناممکن ہے جو ہر اصابہ پر اطلاق پذیر ہوں، تاہم چونکہ مشعل کلوی نقصان کا خطرہ زیادہ عمومی طور پر محسوس ہونے لگا ہے، لہذا حالیہ رجحان یہ ہے کہ ہٹیلے الیمون یوریا (الیمون بولیت) کی اصابتوں میں اگر بچہ کے زندہ رہنے کے مواقع معقول طور پر یقینی ہو جائیں تو وضع حمل کا امالہ کر دیا جائے۔ استنظاری علاج کے باوجود پری ایکسیمپٹک (پیش النشاجی) علامات شروع ہو جانا، حمل کو ختم کرنے کا ایک خاص داعیہ ہے۔

ان تمام تدابیر تمام کے علاوہ علاج کے بڑے بڑے نقاط یہ ہیں: آرام، اسہال اور غذا۔ آرام ایک لازمی چیز ہے۔ لیکن چونکہ مریضہ کی طبیعت شاذ و نادر ہی خراب ہوتی ہے اور اسے آرام کرنے کا کوئی خاص خیال نہیں ہوتا، لہذا عام طور پر یہ ضروری ہوتا ہے کہ اسے بستر پر لٹائے رکھا جائے اور اس پر نگرانی رکھی جائے۔ معالیٰ اخراج کی طرف سختی کے ساتھ توجہ کرنی چاہئے۔ غذا اقلیل ہونی چاہئے اور کم پروٹینی قیمت والی ہونی چاہئے۔ اس کو کس حد تک ضبط میں رکھا جائے؟ یہ امر حالت کی شدت پر اور انفرادی اصابت کے روزانہ تغیرات پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل ایک مناسب چہار درجہ ڈائٹری (dietary = ترتیب غذا) ہے۔

الیمون یوریا (الیمون بولیت) کے لئے غذا

درجہ اول

لیمونینڈ (lemonade)، اور گلوکوس (glucose) پانچ پائینٹس (pints) (ہر پائینٹ میں چھ اونس گلوکوس)۔ اور سگڑے ۴ عدد۔

درجہ دوم

سیالات پانچ پائینٹس سے کم نہ ہوں۔ سگڑے یا سیب ۴ عدد۔
ناشتہ۔ ٹوسٹ (toast) ۲ اونس مکھن ۱/۲ اونس۔ مارلیڈ (marmalade) ایک اونس۔ اور چائے۔

دوپہر کا کھانا۔ کوکو (cocoa) یا کافی (coffee)۔

سہ پہر کا خاص کھانا۔ سینڈویچز (sandwiches) ۲ اونس۔ [مارماٹ سٹ (marmite) کرئیس (cress) یا لیٹوس (lettuce) وغیرہ] ۲ اونس۔ چاول کی پڈنگ (pudding) ۴ اونس۔ اور جیم (jam) ایک اونس۔

چائے۔ روٹی ۲ اونس۔ مکھن ۱/۲ اونس۔ جیم (jam) ۱/۲ اونس۔ اور چائے۔ رات کا کھانا۔ بسکٹنز (biscuits) ایک اونس۔ اور کوکو۔

درجہ سوم

سیالات اور پھل وہی جو کہ درجہ دوم میں دئے جاتے ہیں۔
 ناشتہ۔ ٹوسٹ ۲ اونس۔ مارٹلیٹڈ ایک اونس۔ مکھن ۱/۲ اونس۔ اور چائے۔
 دوپہر کا کھانا۔ کوکو یا کافی۔
 سہ پہر کا خاص کھانا۔ سینڈویچز ۲ اونس۔ سبزیاں حسب خواہش۔ چاول کی پڈنگ (pudding) ۴ اونس۔ اور جیم ایک اونس۔
 چائے۔ روٹی ۲ اونس۔ سینڈویچز ایک اونس۔ اور چائے۔
 رات کا کھانا۔ بسکٹنز یا سینڈویچز ایک اونس۔ اور کوکو۔

درجہ چہارم

وہی کچھ جو کہ درجہ سوم میں دیا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہر روز ۱/۲ پائنٹ دودھ،
 پچھلی ۴ اونس۔ انڈا ایک عدد۔
 گوکہ حمل کے غیر پیچیدہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) میں پلازما باقی کاربونیٹ (bicarbonate) لگبی سے گھٹ نہیں ہوتا، تاہم اس امر کی تائید میں سریری شہادت پیش کی گئی ہے کہ القلیز (alkalis = قلیاں) استعمال کرنا مفید اثر رکھتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں اڈیما (œdema = بھج) پایا جاتا ہے اور جن میں ایک البتسابی کلوی عنصر کا شبہ ہوتا ہے، یہ اثر خاص طور پر نظر آتا ہے۔ القلیز (قلیوں) کو موثر مقداروں میں استعمال کروانا خطرے سے خالی نہیں۔ لہذا اس پر اکتفا کر رکھنے کے لئے پلازما باقی کاربونیٹ کی بار بار تخمینہ کرنی چاہئے۔ القلی ٹالرنس ٹسٹ (alkali tolerance test) = تحمل القلی کا کاشفہ) جو کہ صرف بولی مشاہدات پر

منحصر ہوتا ہے، گمراہ کن ثابت ہو سکتا ہے، کیونکہ امراضیاتی حالتوں میں خاص کر جبکہ الہمابی کلوئی عامل موجود ہو، تا وقتیکہ خون میں بائی کاربونیٹ کا غیر معمولی طور پر بلند ارتکاز پیدا نہ ہو جائے، پیشاب قلوئی نہیں ہوتا۔ بائی کاربونیٹ کے مفراط استعمال کے بعد متلی، قے، اسہال بلکہ ٹیٹنی (tetany = تکرّز) تک پیدا ہو چکی ہے۔
بے نمک غذا کا فائدہ ایک مشکوک امر ہے۔

باب دوم

حل کے ٹاکسیمیا (toxæmias) - تسمات الدم

ایکلیپسیا (eclampsia) - انشاج

ایکلیپسیا (انشاج) اور پری ایکلیپسیا (پیش انشاج) - ایکلیپسیا (انشاج) ایک حادثہ ٹاکسیمیا (تسمات الدم) ہے جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں یا وضع حمل کے دوران میں یا نفاس کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کی خصوصیت نشی اور حقیقی تشجات ہیں جن کے بعد مختلف درجہ کا قوما (coma) نمودار ہوتا ہے۔ مہلک اصابتوں میں کبدی اور کلیوی اضرار پائے جاتے ہیں، لیکن قطعی طور پر متمیز تغیرات کا مظاہرہ نہیں کیا گیا۔ خوش قسمتی سے ایکلیپسیا (انشاج) کا درود بعض تنبیہی سریری امارات اور علامات سے پہلے ہی معلوم ہو جاتا ہے، لہذا ذخاطف اصابتوں کو چھوڑ کر باقی سب میں ایکلیپسیا (انشاج) کو روکنا تقریباً تمام تر اس پر منحصر ہے کہ دیانت داری اور ذہانت کے ساتھ قبل الولادتی نگرانی اور علاج کیا جائے۔

پری ایکلیپسیا (pre-eclampsia) - پیش انشاج

تقریباً ہمیشہ تشجات کے آغاز سے قبل ایک قابل لحاظ پری ایکلیپٹک (پیش انشاجی) درجہ پایا جاتا ہے۔ بالعموم سب سے پہلے البیومن یوریا (البیومن بولیٹ)

انتباہ کرتا ہے۔ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی نسبت بہت شاذ اصابتیں ہیں جو ایکلیپسیا (انشناج) پر ختم ہوتی ہیں، لیکن ہر اصابت کے متعلق یہی سمجھنا چاہئے کہ یہ امکانی طور پر ایکلیپٹک (انشناجی) ہے۔ استثنائی مثالوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) اس وقت تک جب تک کہ ایکلیپٹک (انشناجی) حالت قائم نہیں ہو جاتی، نمودار نہیں ہوتا، لیکن یہ ترتیب واقعات بہت شاذ ہے۔

قریب الوقوع ایکلیپسیا (انشناج) کی سب سے زیادہ اہم امارت ایک بڑھا ہوا فشار خون ہے۔ ایکلیپسیا (انشناج) اور شخات کی بعض ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں کہ جن میں فشار خون طبعی رہا ہے، لیکن ان کی ایک بہت بڑی اکثریت میں حملہ سے پہلے اور حملہ کے ساتھ بڑھا ہوا فشار خون پایا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ انکماش ارتقاع ہونے سے قبل بالعموم ایک انبساطی بڑھاؤ بھی مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ ضاغط عامل محیطی طور پر فعل کرتا ہے، جیسا کہ دیگر لمخوات بھی ہم کو باور کرتے ہیں، عملی اغراض کے لئے حل کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر اس اصابت کو جس میں انکماش فشار خون ۵۰ ملی میٹر یا اس سے بلند تر درجہ پر معتد بہ عرصہ تک قائم رہے، پری ایکلیپٹک (پیش انشناجی) تصور کرنا مناسب ہے۔

پری ایکلیپٹک (پیش انشناجی) حالت میں ہائپرپائیمیا (=hyperpiesia) ارتفاع فشار کے علاوہ حسب ذیل امارات اور علامات پائی جاتی ہیں۔ شراسفی درو متلی اور قے، کمی بصارت، درد اور شاید اڈیا (تہج)۔ ان علامات کی شدت معتد بہ طور پر تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے وہ تقریباً غیر محسوس طور پر گزر جائیں، یا ممکن ہے مریضہ سخت بیمار پڑ جائے۔ درد بالعموم مواعظ ہوتا ہے، اور فرانتل (=frontal) جہی (خطہ کی طرف ریفرڈ (=referred) محسوس کیا جاتا ہے۔ مریضہ وضد لی بصارت ڈبلوپیا (=diplopia) شفع (آنکھوں کے سامنے روشنی کے چمکاروں اور شاذ و نادر ناگہانی اندھے پن کی شکایت کرتی ہے۔ آنفیکلوسکاپک (=ophthalmoscopic) منظار العینی) امتحان کرنے پر البیومن یورک ریٹیٹائٹس (=albuminuric ritinitis) البیومن بولیتی البتتاب شکبیہ) کا کوئی نمینر ثبوت نہیں پایا جاتا، اور عام طور پر صحتیابی ہونے پر بصارت مکمل طور پر بحال ہو جاتی ہے۔ پری ایکلیپسیا (پیش انشناجی) میں جس اڈیا (تہج) کا آغاز ہوتا ہے وہ بالعموم عمومی ہوتا ہے اور جسم کے

کسی حصہ میں بھی خاص طور پر نمایاں نہیں ہوتا، تاہم چہرے اور آنکھ کے پھوٹوں کی پھلاوٹ ایک عام خصوصیت ہے۔ حمل کے اوڈیا (ہیج) کا درجہ اور توزیع، ضاغط عوامل کے علاوہ اس امر پر منحصر ہے کہ اس کی تہ میں جو کھلوی نقص ہے اس کی صحیح نوعیت کیا ہے۔

ادنی شدت کی اصابتوں میں پیشاب کی مقدار بہت زیادہ نہیں گھٹتی۔ قلت البول ایک تشویشناک امارت ہے، جو البیومن کا نثرٹ (albumin-content) کے از زیادہ سے بھی زیادہ تشویشناک ہے۔ پری اکیلمپٹک (پیش انشاجی) حالت کی وہ مریضہ جن کا علاج کیا جاتا ہے تا وقتیکہ کوئی مزید پیچیدگی نہ پیدا ہو جائے شاذ و نادر ہی مرتی ہیں۔ جب بعد الموت امتحان کیا گیا ہے تو گردوں میں بالکل وہی اضرار پائے جاتے ہیں جو اکیلمپسیا (انشاج) میں پائے جاتے ہیں۔

خون کے تجزیہ سے کوئی ممیز غیر طبعی حالت دریافت نہیں ہوتی، باستثناء اس امر کے کہ شاید کبدی نقصان کا کوئی ثبوت پایا جاتا ہے۔ نائٹروجنی اعتبار سے بالکل نہیں ہوتا، اور نان پروٹین نائٹروجن (nonprotein nitrogen) اور یوریا نائٹروجن (urea-nitrogen) طبعی حدود کے اندر پائی جاتی ہے۔

علاج

اولاً یہ کہ پری اکیلمپٹک (پیش انشاجی) کیفیات کا علاج تحریری ہے۔ اگر البیومن یوریا (البیومن بولیت) کو جلد شناخت کیا جائے، اور ان اصابتوں کی جن میں البیومن یوریا پایا گیا ہو، گذشتہ باب میں بتائے ہوئے اصولوں کے مطابق سختی کے ساتھ نگرانی کی جائے، تو اکثر اصابتوں میں پری اکیلمپٹک (پیش انشاجی) علامات شروع ہونے کا اندیشہ جاتا رہتا ہے۔ ان احتیاطات کے علاوہ مریضہ کو بتا دینا چاہئے کہ اگر اس کو درد سر و صندلی بصارت، اوڈیا یا حمل کے آخری زمانہ میں تھے معلوم ہو، تو وہ فی الفور اپنے طبیب کو اطلاع کرے۔

اگر پری اکیلمپٹک (پیش انشاجی) علامات پیدا ہو جائیں تو فی الفور علاج عمل میں لانا چاہئے۔ مریضہ کو سختی سے بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے، جہاں اس کی غذا کو مناسب اقتدار میں رکھا جاسکتا ہے۔ معافی اخراج کو باقاعدہ رکھنا چاہئے، اور مریضہ کی بولی برآمد اور فشار خون مشاہدہ کرنا چاہئے۔

پچھلے باب میں ایک ڈائٹری (dietary = غذائی نظام) کا خاکہ پیش کیا گیا ہے۔ مختصر غذا کی تقلیل پر پری ایکلیپٹک (پیش انشاجی) اصابتوں میں اس سے زیادہ سختی کے ساتھ عملدرآمد کرنا چاہئے، کہ جتنا غیر پیچیدہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں کیا جاتا ہے۔ تقلیل کس حد تک کرنی چاہئے یہ امر علامات کی شدت اور رفتار پر منحصر ہوتا ہے۔

ضرورت ہے کہ بکثرت اسہال لائے جائیں۔ اس کے لئے میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) اور جلاب (jalap = جلاپا) قدیم اور مقبول ادویہ ہیں کیونکہ ان سے سیال اجابت ہوتی ہے، ان میں سے اول الذکر منع ہے۔ فعال ڈائی بیرٹک (diuretic = مدرات بول) استعمال نہیں کرنے چاہئیں، کیونکہ یہ فائدہ کی نسبت نقصان زیادہ کرتے ہیں۔ کثیر سیالی درآمد اور بشرط ضرورت ریکٹل سیلانز (=rectal salines) مستقیم بالحات کے استعمال پر بھروسہ کرنا بہتر ہے۔ مشروبات یا گرم غسلوں کے ذریعہ جلد کے فعل کو تحریک دینی چاہئے۔

یہ انتہا درجہ ضروری ہے کہ بولی برآمد کے مسلسل مشاہدات کئے جائیں اور فشارخون کے بار بار مقدمات لئے جائیں۔

اگر علاج سے حالت بہتر نہ ہو، اور بالخصوص اگر علاج کے باوجود فشارخون برابر بڑھتا جائے اور باقی علامات میں تشدید ہو جائے، تو ضروری ہو جاتا ہے کہ حمل کا خاتمہ کر دیا جائے۔ ۸۰ یا ۲۰۰ ملی میٹر کا فشارخون انتہائی طور پر خطرناک ہے۔

ماں کے نقطہ نگاہ سے تو یہ بدیہی طور پر مرنج ہو گا کہ جوں ہی پری ایکلیپٹک (پیش انشاجی) علامات نمودار ہوں یا بہر حال جب تھوڑی مدت تک ڈی ٹاکسی کیٹنگ (detoxicating = سم ربا) علاج کر لیا جائے تو حمل کا خاتمہ کر دیا جائے۔ تاہم شدید یا بڑھی ہوئی علامات کی عدم موجودگی میں یہ ضروری ہے کہ جنین کے مفاد پر غور کیا جائے اور جب تک جنین کی باقی ماندگی اور یا صحت نمود کے مواقع معقول طور پر یقینی نہ ہو جائیں اختتام حمل کو ملتوی رکھا جائے۔ ایک کمزور طفل کی ولادت غیر ضروری طور پر قبل از ميعاد ہونا ایک بہت ہی المناک واقعہ ہے جس کو حتی الامکان کبھی نہ ہونے دینا چاہئے۔ اگر ٹاکسی میا (سم الدم) شدید درجہ کا ہو یا علاج کی مداخلت کرتا ہو تو ماں اور جنین دونوں کے مفاد کیلئے حل کو ختم کر دینے کی ضرورت ہے۔

حمل کو ختم کرنے کا طریقہ کیا ہونا چاہئے یہ امر بھی علامات کی شدت پر منحصر ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں عمل ختم کرنے کا فیصلہ اس بنا پر کیا گیا ہو کہ ایک معقول مدت تک استنظاری علاج کرنے سے بھی کچھ اثر نہیں ہوا، وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) شکم ٹیوب (stomach-tube = معدی نلی) کے ذریعہ یا تریجیوٹھیشیہ کا اشتقاق کر کے کرنا چاہئے۔ لیکن اگر اصابت ضروری التوجہ ہو اور ایکلیمپسیا (انشناج) کا خطرہ قریب الوقوع ہو، جیسا کہ بڑھتے ہوئے فشارخون، سخت درد سرتے یا دیگر تینہبی علامات سے ظاہر ہو رہا ہے، تو پھر سخت اندیشہ ہے کہ کہیں ان ڈکشن (amalgam = induction) کے معمولی طسریقے وضع حمل کے بار سے مل کر تشنجات کی تعجیل نہ کر دیں، لہذا ان مثالوں میں بہت سے ماہران قبالت اب بھی سیمیٹرین سیکشن (Caesarian section = شکاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرانے کی تائید کرتے ہیں۔

فی زمانہ قائم شدہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں سیمیٹرین سیکشن (شکاف قیصری) کرنے کا فائدہ ثابت نہیں ہوا۔ البتہ پری ایکلیمپٹک (پیش انشاجی) اصابتوں میں اس وقت جبکہ تشنجات اور قوما بھی پیدا نہ ہوئے ہوں، اس طریقہ ولادت کی تعریفیں اس سے بہتر کلمات کہے جاسکتے ہیں۔

شوکی اور مقامی این ایس تھیسیا (anaesthesia = عدم حسیت) کی اس بنا پر تائید کی گئی ہے کہ عمومی این ایس تھیسٹک (معدم حس) کبدی اور کلوئی و طیفیہ کی خرابی میں اضافہ کر سکتا ہے۔ لیکن سرمدی تجربہ اور عملی نتائج یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ مذکورہ خطرہ کے متعلق مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ ایک ہنرمند ماہر عدم حسیت کے ہاتھ میں عمومی عدم حسیت بظاہر شدید خطرہ نہیں پیدا کرتی، اس کے برعکس اس کے اختیار کرنے میں بدیہی فوائد پائے جاتے ہیں۔

انشناج

تواتر۔ اعداد و شمار سے معلوم ہوتا ہے کہ ہر ۵۰۰ وضع حملوں میں ایک بار ایکلیمپسیا (انشناج) ہوتا ہے۔ نگرانی کے زیادہ بہتر طریقوں کی صورت میں یہ عدد کم ہو جانا چاہئے۔ مگر اس کے تواتر کو زیادہ صحت کے ساتھ دریافت کرنا مشکل ہے کیونکہ نجی مذاہب

بہت سی اصابتوں کو آخر تک نہیں دیکھا جاتا ہے، بلکہ ہسپتال بھیج دیا جاتا ہے اس لئے ممکن ہے کہ ہسپتال کے اعداد سے مبالغہ آمیز اندازہ حاصل ہو۔

ایکلیمپیا (انشجاج) تین زمانوں میں واقع ہو سکتا ہے اور تین قسم کا ہو سکتا ہے۔
انٹی پارٹم (antepartum = قبل الولادتی)۔

انٹرا پارٹم (intrapartum = درون ولادتی)۔

پوسٹ پارٹم (postpartum = بعد الولادتی)۔

ان میں سے اول دو قسمیں نہایت عام ہیں تقریباً ۶۰ فی صدی اصابتیں دوران حمل میں ۲۰ فی صدی وضع حمل کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ مذکورہ بالا حالت عموماً حمل کے دوسرے نصف میں نمودار ہوتی ہے اور جوں جوں پورے دن قریب آتے جاتے ہیں زیادہ کثیر التوقع ہوتی جاتی ہے۔ مگر یہ حمل کے ابتدائی ہیمینوں میں بھی واقع ہو سکتی ہے اور ایک واقعہ بہت جلد یعنی تیسرے ہیمینہ کا درج کیا جا چکا ہے۔

وہ عورت اس مرض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتی ہے جس کا حمل پہلا ہو چنانچہ ۷۰ تا ۸۰ فی صدی واقعات پرمی گریوڈا (primigravida = اولیں حاملہ عورتوں) میں ہوتے ہیں۔

کہا جاتا ہے کہ ایکلیمپیا (انشجاج) کے اور ہائڈرامینیا (hydramnios = کثرت رصل) اور توأم حملوں کے درمیان کچھ تعلق موجود ہے۔ ایکلیمپیا (انشجاج) کے آٹھ فی صدی واقعات میں ہائڈرامینیا (کثرت رصل) پایا گیا در حالیکہ کل وضع الحوامل ایکلیمپیا کا شمار صرف ۵۰ فی صدی ہوتا ہے۔ انشجاج کے ۱۵۴ واقعات کے ایک سلسلہ میں توأم حملوں کی فی صدی تعداد ۲۴ تھی در حالیکہ توأم پیدائشوں کی اوسط تعداد تقریباً ۲۲ ہوتی ہے، لہذا واحد پیدائشوں کے مقابلہ میں توأم حملوں میں ایکلیمپیا (انشجاج) ہونے کا تقریباً چار گنا زیادہ امکان ہے۔ اسی اصابتوں کی اطلاع دی گئی جن میں ایکلیمپیا (انشجاج) کے ہمراہ ہائڈٹیدیفارم مول (hydatidiform mole = ہائڈٹید مناجنین کا ذب) پایا گیا ہے۔

سرمدری روداد۔ دو بالکل جدا گروہ شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ ایک میں ایکلیمپیا

(انشلاج) صرف مختصر انتباہ کے ساتھ یا بغیر کی انتباہ کے واقع ہوتا ہے، ایسا ہونا ۱۵ فی صدی تعداد میں پایا گیا ہے۔ دوسری صورتوں میں علامات اسی طرح شروع ہوتی ہیں جیسے حمل کے ٹاکسک البیومن یوریا (toxic albuminuria = سمی البیومن بولیت) میں جو کہ پہلے ہی بیان ہو چکا ہے، چنانچہ اس ٹاکسک البیومن یوریا (سمی البیومن بولیت) کو اسی وجہ سے بعض لوگوں نے پری ایلکیمپیا ٹاکسیمیا (pre-eclamptic toxæmia = پیش انشلاجی ٹسمم) کا نام دیا ہے۔ ان علامات کا مختصراً اعادہ کیا جاتا ہے۔ مریضہ کا عموماً پہلا حمل ہوتا ہے، وہ آخری مہینوں میں اور نہایت عام طور سے ساتویں مہینے میں، درد سرتے اور ٹانگوں کے تہج کی وجہ سے مشورہ کی طالب ہوتی ہے، اور قارورہ میں بہت البیومن پایا جاتا ہے۔ مریضہ کی حالت بہتر ہو جائے تو خیر، ورنہ اس کے ایلکیمپیا (انشلاج) میں مبتلا ہونے کا امکان ہے۔ ان واقعات میں جن میں انجام کار ایلکیمپیا (انشلاج) ہوتا ہے، عام طور سے علامات زیادہ نمایاں ہو جاتی ہیں اور پھر اس کے بعد اصل تشخّص واقع ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے ایلکیمپیا (انشلاج) صرف چند فی صدی میں ہوتا ہے۔

۹۸ ایلکیمپیا (انشلاج) کی انتباہی امارات۔ ایلکیمپیا (انشلاج) کے ۳۴ واقعات تھے ایک سلسلہ میں، جن کو حال میں جمع کیا گیا اور تحقیق کیا گیا ہے، ۵۰ فی صدی میں مختلف درجہ اور مدت کی انتباہی امارات موجود تھیں۔

۱۔ درد سر شدید اور مسلسل ہوتا ہے اور خاص کر فرانتل (جبھی) خطہ میں محسوس ہوتا

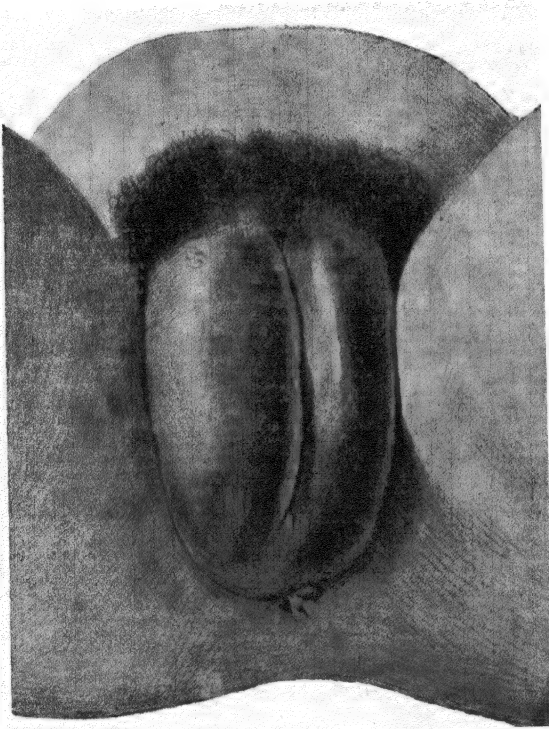
ہے۔

۲۔ مریضہ پوٹوں کی پھولن اور اپنی آنکھوں کے سامنے روشنی کے چمکاروں کی شکایت کرتی ہے۔ ممکن ہے اُسے اشیاء کا صرف نصف حصہ نظر آئے، یا وہ دودھ اشیاء دیکھے۔ ممکن ہے کہ وہ دفعتاً اندھی ہو جائے، اور اس کی کوئی انتباہی امارت واقع نہ ہو۔ آنکھ میں بجز شدید تہج اور بعض اوقات رٹنا (retina = شبکیہ) کی جزوی علیحدگی کے کوئی تغیرات نہیں نظر آتے۔ رینل (retinal = شبکیہ) نزفات عام نہیں ہوتے، اور اگر مریضہ صحیحاب ہو جائے تو یہ تغیرات سب کے سب غائب ہو جاتے ہیں۔

۳۔ شریانی درد اور تھکے۔

۳۔ تہیج بہت زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے بالخصوص ٹانگوں اور فرج پر جو ممکن ہے کہ

.....



تصویر ۲۴۔ فرج کا اڈیسا (تہیج)

۵۔ قارورہ امتیازی تغیرات ظاہر کرتا ہے اور اس کی مقدار بہت کم ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹوں میں ۵۰ اونس کی اوسط مقدار کے بجائے بہت کم یعنی ہم تاروں پیشاب ہو، بعض اوقات میں مکمل سپریشن آف یورین (suppression of urine) = اسرابول) تک واقع ہو سکتا ہے، امتحان کرنے پر البیومن کی وجہ سے قارورہ تقریباً ٹھوس معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ البیومن کی مقدار ۱۰ گرام اور شدید اصاباتوں میں ۳۰ یا ۴۰ گرام فی لیٹر ہو۔ یہ سیرم البیومن (serum albumin = مصلی البیومن) اور سیرم گلوبولین (serum globulin = مصلی گلوبولین) دونوں پر مشتمل ہوتا ہے اور بقول بعض مشاہدین کے

اس کی موخرالذکر قسم کا جزو غالب ہوتا ہے۔

مختلف قسم کے کاسٹس (casts = سبائک) پائے جاتے ہیں جن میں زجاجی اور ذراتی عام ترین ہیں۔ ممکن ہے کچھ ایسی پھیلیل کاسٹس (epithelial casts = سرطانی سبائک) اور چند کدوئی خلیات بھی پائے جاسکیں۔ خون اکثر اوقات موجود ہو جاتا ہے۔ عام طور سے سٹون (acetone) اور ڈائی اسیٹک ایسڈ (diacetic acid) موجود ہوتے ہیں۔

بطور امونیا (ammonia) خارج ہونے والی نائٹروجن اور بطور یوریا خارج ہونیوالی نائٹروجن کے درمیان تناسب بالفاظ دیگر امونیا کو فشنٹ (قدر امونیا) بڑھ جاتا ہے۔

۶۔ فشار خون کی زیادتی۔

۷۔ حمل کے دوسرے نصف زمانہ میں وزن کا غیر معمولی طور پر زیادہ ہو جانا۔ طبعی سوپونڈ ماہانہ سے اگر ذرا بھی تجاوز ہو جائے تو یہ ایکلیمپسیا (انشناج) کے آغاز کی ایک مکافی علامت ہے۔ اس غیر طبعی از دیاد وزن کو واٹر رٹینشن (water-retension = آبی احتباس) کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے۔

اگر یہ علامات پیدا ہو جائیں تو مناسب علاج فوراً نہ شروع کرنے پر اور اکثر اوقات باوجود علاج کے یہ شدت میں بڑھ جاتی ہیں، اور مریضہ پر کسی لمحہ بھی ایکلیمپسیا (انشناج) کا حملہ ہو جانے کا احتمال ہے۔

تاہم خوش قسمتی سے یہ ”انتباہی امارات“ عموماً موجود ہوتی ہیں، مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ان میں سے بعض یا سب کی سب علامات مفقود بھی ہو سکتی ہیں۔ سب سے زیادہ مستمر علامات فشار خون کی زیادتی، درد سر اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہیں۔

دورہ کا بیان :- ایکلیمپسیا (انشناج) کا آغاز کسی وقت بھی ہو سکتا ہے۔

مکن ہے کہ یہ اس وقت واقع ہو جبکہ مریضہ سو رہی ہو۔ مکن ہے کہ صرف ایک ہی دورہ ہو، جس کا زیادہ امکان اس وقت ہے جبکہ دورہ دوران وضع حمل میں ہو یا وضع حمل کے بعد ہو۔ یہ دورہ عموماً بعد میں ایک دوسرا دورہ ہونے کی خبر دیتا ہے، اور متوالی دورے ہونیکا میلان ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں مکن ہے کہ دورے ایک سے لے کر تین بار تک واقع ہوں۔ بعض اصابتوں میں مکن ہے کہ ان کی بہت زیادہ کثرت دیکھی جائے جیسے

۵ سے ۱۰ تک بلکہ ۲۰ تک اور نہایت شدید اصابتوں میں۔۔ ایا اس سے بھی زیادہ تک ممکن ہے کہ دورے ایک دوسرے کے بعد استقدر جلد جلد واقع ہوں کہ قریب قریب مسلسل معلوم ہوں۔ یہ منوروی نہیں کہ دوروں کی تعداد حالت کی شدت پر دلالت کرے، مگر وہ اصابتیں کہ جن میں بہت دورے پڑیں، عموماً شدید ہوتی ہیں۔

عام طور پر یہ بیان کیا جاتا ہے کہ ایک دورہ کبھی درجوں میں واقع ہوتا ہے، مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ان کے درمیان کوئی وقفہ نہیں ہوتا۔ مریض دورہ بھر میں بیہوش رہتی ہے مختصر الفاظ میں یہ دورے اپی لپسی (epilepsy = صرع) کے دوروں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں۔

100

تشنجی درجہ :- عموماً دورہ چہرہ میں شروع ہوتا ہے۔ مریض اپنی آنکھیں گھماتی ہوئی نظر آتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کے چہرے اور ہاتھوں کے عضلات میں خفیف جھٹکے ہوں۔ یہ درجہ صرف ۵ سے ۲۰ سیکنڈ تک رہتا ہے اور ہمیشہ مشاہدہ میں نہیں آتا۔

طانک سٹیج (tonic stage = تشنجی درجہ) عضلی انقباض پھیلنے کی وجہ سے مریض اکر جاتی ہے۔ صدری عضلات اور ڈایا فرام کی تثبیت سے چہرہ سایا نوزو (cyanosed = ازرق) ہو جاتا ہے۔ یہ درجہ نصف منٹ سے زیادہ نہیں رہتا اور اس کے بعد رجفی درجہ آتا ہے۔ ممکن ہے کہ بچے ہوئے دانتوں کے درمیان زبان کٹ جائے۔

کلانک سٹیج (clonic stage = رجفی درجہ)۔ اب عضلات منقبض ہو کر پھر مرتخی ہوتے ہیں اس لئے یہ وہ درجہ ہے جس کی امتیازی خصوصیت تشنجی حرکات ہیں۔ ان حرکات میں جبڑے کے عضلات بھی شرکت کرتے ہیں اس لئے ممکن ہے کہ مریض اپنی زبان کاٹ لے۔ جبڑے کی حرکات کی وجہ سے خون آلود لعاب میں جھاگ پیدا ہو جاتا ہے اور مریض کے منہ سے جھاگ نکلنا بیان کیا جاتا ہے۔ چہرہ متلی ہوتا ہے نفس سترٹرس (stertorous = شخیری) اور مریض گہرے طور پر بیہوش ہوتی ہے۔ یہ درجہ نصف منٹ سے دو منٹ تک رہ سکتا ہے۔ اس کے بعد عموماً قوما (coma) کی حالت پیدا ہوتی ہے۔

قوما کی حالت۔ تشنج ختم ہو جانے کے بعد مریض پر عموماً قوما کی حالت طاری

ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت کئی گھنٹے قائم رہے جس کے بعد مریضہ ہوش میں آجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ قوما صرف تھوڑی مدت کا ہو اور ایک دورہ کا وقوع اس کا خاتمہ کر دے۔ شدید اصابتوں میں دورے ایک دوسرے کے بعد اتنا جلد جلد ہوتے ہیں کہ قومائی درجہ کے لئے کوئی وقفہ ہی نہیں ہوتا۔ حملہ کے دوران میں عموماً پیش کافی بڑھ جاتی ہے، ٹھہر اف یا ۱۰ اف کی پیش غیر معمولی امر نہیں ہے۔ وہ سرج و کمیس (Whitridge Williams) نے ایک مملک واقعہ درج کیا ہے جس میں موت سے ذرا قبل پیش ۱۰۹.۵ تک بلند ہو گئی تھی۔ اس بلند می پیش کا سبب یقینی طور پر معلوم نہیں، بعض لوگ اسکی وجہ یہ خیال کرتے ہیں کہ ایلیکیمپیا (انشجاج) کا سم، تھرمک سنٹرز (thermic centres = حرارتی مرکزوں) کو ہیجان میں لاتا ہے۔ مگر دوسرے لوگ اسے اس امر کا نتیجہ سمجھتے ہیں کہ عضلاتی فعل سے حرارت کثرت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ہی دورہ ہو اور اس کے بعد مریضہ قوما کی حالت میں رہے۔

دورہ کی حالت میں دموی فشار، نمایاں زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ نبض پُر اور تیز ہوتی ہے اور شریانی سٹالک (cystolic = نکاشی) فشار بہت بلند یعنی سیلاب کے ۲۵۰ ملی میٹر یا اس سے زیادہ تک ہو سکتا ہے۔

ایلیکیمپیا (انشجاج) میں دموی فشار کے اس ارتفاع کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ حملہ کے بعد فشار خون بسرعت گھٹ کر طبعی حالت پر آ جاتا ہے۔ کرائیک نفرائس (مرہن البتہاب گردہ) کی اصابتوں میں دموی فشار کا حال اس کے برعکس ہوتا ہے یعنی وہ ولادت کے بعد بھی بلند رہتا ہے۔

قارورہ :- ایلیکیمپیا (انشجاج) کے دورہ کی اشناد میں قارورہ کے وہ تغیرات جو اوپر بیان کئے گئے ہیں عموماً زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ قارورہ کی مقدار ہمیشہ کم ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ سپریشن آف یورین (اُتسربول) ہو جائے۔ مختلف قسم کے کاسٹرز (سباٹک) اور عموماً زجاجی اور ذراتی کاسٹرز (سباٹک) موجود ہوتے ہیں۔ ایپی تحلیل کاسٹرز (سرطلی سباٹک) اور منفرد کلوی غلیات بھی ہو سکتے ہیں، مگر شاذ و نادر خون قریب قریب ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

پروٹین زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اتنی زیادہ ہو کہ جب

ایس باخ کے ٹیوب (Esbach's tube = انوبہ ایس باخ) کے ذریعہ اس کی صحیح مقدار دریافت کریں، تو اس کی ترقیق کرنے کی ضرورت ہو۔ انتہائی اصابتوں میں ۳۰ سے ۴۰ گرام پروٹین فی لیٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن کے سبب سے قارورہ تقریباً مٹوس ہو۔ سیرم البیومن (مصل البیومن) اور سیرم گلوبولین (مصل گلوبولین) دونوں موجود ہوتے ہیں، لیکن سیرم گلوبولین (مصل گلوبولین) مقابلہ زیادہ مقدار میں ہوتا ہے۔

البیومن کی یہ بڑھی ہوئی برآمد صرف عارضی مدت کی ہوتی ہے۔ اس کی توجہ عضلاتی مشقت کی زیادتی کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ وضع حمل کے بعد عموماً ۴۸ گھنٹے کے اندر البیومن ایک گرام فی لیٹر سے بھی کم ہو جاتا ہے، پھر سرعت کم ہو جاتا ہے، لیکن البیومن کا صرف ایک شائبہ ممکن ہے کہ کئی ہفتوں تک موجود رہے۔ یہ ضروری نہیں کہ زیادہ درجہ کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے ہمراہ نمایاں کلوئی ضررات پائے جائیں۔ نائٹروجن (nitrogen) کی مجموعی مقدار قارورہ میں نمایاں طور پر گھٹ جاتی ہے۔ یوریا (urea) کی مقدار جو طبعی طور پر ۲ فی صدی ہوتی ہے، بہت کم ہو جاتی ہے، مگر امینو ایسڈس (amino-acids) اور کریٹینن (creatinin) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس لئے بصورت ایونیا خارج ہونے والی نائٹروجن، اور بصورت یوریا خارج ہونے والی نائٹروجن کے مابین تناسب، یعنی ایونیا کو فیشنٹ (قدر ایونیا) بلند ہو جاتا ہے۔

قارورہ میں نمکیات کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ اسیٹون (acetone) اور ڈائی اسیٹک ایسڈ (diacetic acid) عام طور سے موجود ہوتے ہیں، مگر ممکن ہے مفقود ہوں۔ ڈائی اسیٹس کا نٹرنٹ (diastase content = ڈائی اسیٹس مافہنا) بھی بڑھ جاتا ہے۔

یہ ایک حیرتناک واقعہ ہے کہ دورہ کے بعد قارورہ کی مقدار ۴۴ گھنٹوں کے لئے بڑھ جاتی ہے۔ پیشاب بڑی مقداروں میں جیسے کہ ۴ سے ۵ پائنٹ (pint) تک آتا ہے اور پھر اس کی مقدار عموماً طبعی حالت پر آ جاتی ہے۔

نقیہیت کے دوران میں قارورہ، نائٹروجن کا ٹنٹ (نائٹروجنی مایہا) کی زیادہ ظاہر کرتا رہتا ہے۔ مگر یہ تغیر طبعی وضع حمل کے بعد بھی مشاہدہ میں آتا ہے اور غالباً جسم کا انولوشن (involution = عکشی) عمل اس کا سبب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایٹلمیڈیا (انشاج) نائٹروجن کا ٹنٹ (نائٹروجنی مایہا) کی زیادتی، سہی اجزاء کے اخراج کا نتیجہ ہونے کے علاوہ جزوی طور پر مذکورہ بالا سبب کا بھی نتیجہ ہو۔

پھیپھڑیاں۔ ممکن ہے کہ دورہ کا نتیجہ یہ ہو کہ جڑے کے غیر شعوری حرکات سے مریضہ کی زبان کو ضرر پہنچے اور زبان میں سے جریان خون ہو جائے۔ اگر نہ ایک جانب نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ وہ میں مریضہ کا دم ٹھٹ جائے۔ لیکن زیادہ امکان یہ ہے کہ زمانہ مابعدی نالیوں میں عفونتی لعاب کی دکمشی سے سپنک براؤنکونومونیا (septic bronchopneumonia) عفونتی شعبتی (ذات الریہ) پیدا ہو جائے بالخصوص اگر دانت بوسیدہ ہوں یا غذا دینے کی کوشش کی گئی ہو۔

نشجات کے عقب میں ہمیشہ تھوڑی یا طویل مدت کی بیہوشی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ جب مریضہ اس حالت تو ما سے بیدار ہو تو اسے دوروں کی کوئی یاد نہ باقی ہو حتیٰ کہ دورے کے بعد کے ایک یا دو دن کی بھی یاد نہ ہو۔ یہ امر طبی قانونی حیثیت سے اہم ہو سکتا ہے۔

دورہ کے بعد ۵ سے ۷ فی صدی واقعات میں دماغی اختلال واقع ہوتا ہے لیکن ایسے اختلالات عام طور سے صرف عارضی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ بعض مریضات کچھ دن بعد تک مخبوط الحواس رہتی ہیں اور احباب کو شناخت نہیں کر سکتیں۔

ضررات چشم عام طور سے قائم نہیں رہتے، در اسحا لیکہ ان اصابتوں میں جنہیں حمل اور التهاب گردہ کو ریٹینائٹس (retinitis = التهاب شبکیہ) پیچیدہ کرتا ہے، یہ قائم رہتے ہیں۔

بعض اصابتوں میں مریضہ کو نمایاں طور پر یرقان ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تشخ کے دوران میں یا اس کے ذرا بعد دیکھا جائے۔ یہ امادات خطرناک انداز ہی اہمیت

موجودہ زمانہ کی صورت حالات کی ترجمانی نہیں کرتے۔ اولاً اس امر کا لحاظ کرنا چاہئے کہ جس زمانہ کا ذکر ہے اس میں جنگ کے سال بھی شامل ہیں جبکہ ہنرمندانہ علاج کم آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتا تھا۔ ثانیاً انٹی نیل (قبل الولادت) نگرانی کا زیادہ عمومیت کے ساتھ اور زیادہ منظم طور پر اطلاق صرف ۱۹۲۰ء سے کیا گیا ہے۔ اس طریقہ کار سے ایکلیپسیا (انشلاج) کی تحریر سے قطع نظر یہ فائدہ یقینی طور پر حاصل ہو سکتا ہے کہ شروع ہی میں تشخیص کیجا سکتی ہے اور علامات کے آغاز ہی پر علاج کا بندوبست کیا جا سکتا ہے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ ڈبلن کے اعداد کسی دوسری جگہ سے حاصل ہوئے اعداد کی نسبت کم ہیں جسے اس امر کی طرف منسوب کیا جاتا ہے کہ وہاں انتظار کی طریقہ ہائے علاج اختیار کئے گئے تھے۔ اسٹروگنوف (Stroganoff) کا خیال ہے کہ اگر انتظاری طریقے ابتداء میں استعمال کئے جائیں اور مریضات کی طرف سے غفلت نہ کی جائے تو ان اعداد میں اور بھی تخفیف کر کے ان کو دو فی صدی بنایا جا سکتا ہے۔

محولہ بالا جمع کئے ہوئے واقعات کے سلسلہ میں ایک دلچسپ بات یہ ہے کہ ایکلیپسیا (انشلاج) ایک ملک میں بمقابلہ دوسرے ملک کئے اور ایک ہی ملک کے بعض اضلاع میں زیادہ خطرناک نظر آتا ہے اور یہی بات معلوم ہے کہ بعض شدید سرایتوں میں بھی پائی جاتی ہے۔

مندرجہ ذیل امور خراب انداز پر دلالت کرتے ہیں:—

- ۱۔ کہ قوما (coma) موجود ہو۔
 - ۲۔ کہ رفتار نبض ۱۲۰ فی منٹ سے زیادہ ہو۔
 - ۳۔ کہ تپش ۱۰۳ ف سے زیادہ ہو۔
 - ۴۔ کہ دوروں کی تعداد ۱۰ سے زیادہ ہو۔
 - ۵۔ کہ پیشاب کا افراز نمایاں طور پر کم ہو جائے یا سپریشن آف یورین (اسربرل) ہو جائے اور قارورہ جوش دینے پر منجمد ہو جائے۔
 - ۶۔ قارورہ یا پیشاب کم ہونے کے باوجود اڈیمیا (ہیج) نہ ہو۔
 - ۷۔ دموی فشار ۲۰۰ ملی میٹر سیما سے زیادہ ہو۔
- پوسٹ پارٹم ایکلیپسیا (بعد الولادت) انشلاج کی قسم میں انداز سب سے خراب ہوتا ہے

نیز انٹر پارٹم (درون ولادتی) صورتوں کے مقابلہ میں اینٹی پارٹم (قبل الولادتی) اصابتوں میں زیادہ خطرناک انداز ہوتا ہے۔

وہ اصابتیں جو خافط طور پر واقع ہوتی ہیں اور جن میں انتباہی امارات پہلے سے دریافت نہیں ہوتے، اُن اصابتوں کے مقابلہ میں جن میں انتباہی امارات ہوتے ہیں اور جن میں اس وجہ سے علاج شروع ہو جاتا ہے، زیادہ خراب ہوتی ہیں۔

جب ایکلیمپسیا (انشنج) ایسی مریضہ میں نمودار ہو کہ جسے دیرینہ مرض گردہ ہو، یا جس کے پہلے ہی سے بچے ہو چکے ہوں، تو یہ زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ اینٹی پارٹم ایکلیمپسیا (قبل الولادتی انشنج) میں اگر جنین کی موت ہو جائے، تو انداز پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ عموماً دور سے بند ہو جاتے ہیں اور مریضہ کی حالت میں جلد ہی اصلاح شروع ہو جاتی ہے۔ مگر ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا، کیونکہ بعض اصابتیں مندرج ہیں جن میں ایکلیمپسیا (انشنج) جنین کے اخراج کے وقت شروع ہوا، حالانکہ جنین صریح طور پر بہت پہلے مر چکا تھا۔

ماں کی موت کے فوری اسباب بکثرت ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اختناق کی وجہ سے مر جائے۔ یہ اختناق، نوبت کے دوران میں نفس کے رُک جانے سے واقع ہوتا ہے، یا دورہ میں بحالت قوماً خجرہ کے اندر لعاب یا خون داخل ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ موت بھیچھڑوں کے اڈیا (ہیج) سے ہو جائے، یا مریضہ نرف وماغ سے یا بڑھتے ہوئے قوماً سے مر جائے، یا زمانہ مابعد میں پیٹنگ برانکو نیو مونیآ (عصبتی سمعتی ذات الریہ) یا عام ہریت سے مر جائے۔ موت کا فوری سبب عموماً قوماً ہوتا ہے۔

یہ سوال اٹھایا جاسکتا ہے کہ اگر وہ صحتیاب ہو کر دوبارہ حاملہ ہو جائے، تو پھر کیا ہوگا۔ پہلا حمل ہو چکنے کے بعد عصبی حمل میں عام طور پر اس کا حملہ دوبارہ نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی مریضہ کے کلوی فعل میں خفیف مستقل نقص پیدا ہو جاتا ہے، اور البیومن یوریا (البیومن بولیست) کی شکایت باقی رہتی ہے۔ لیکن اگر ایکلیمپسیا (انشنج) ایسی مریضہ میں واقع ہو جس کے پہلے ہی بہت سے بچے پیدا ہو چکے ہوں، اور جو مزمن مرض گردہ میں مبتلا رہ چکی ہو تو دوروں کے دوبارہ واقع ہونے کا امکان ہے اور اگر وہ دوبارہ حاملہ ہو جائے تو انداز زیادہ اندیشہ ناک ہوتا ہے۔

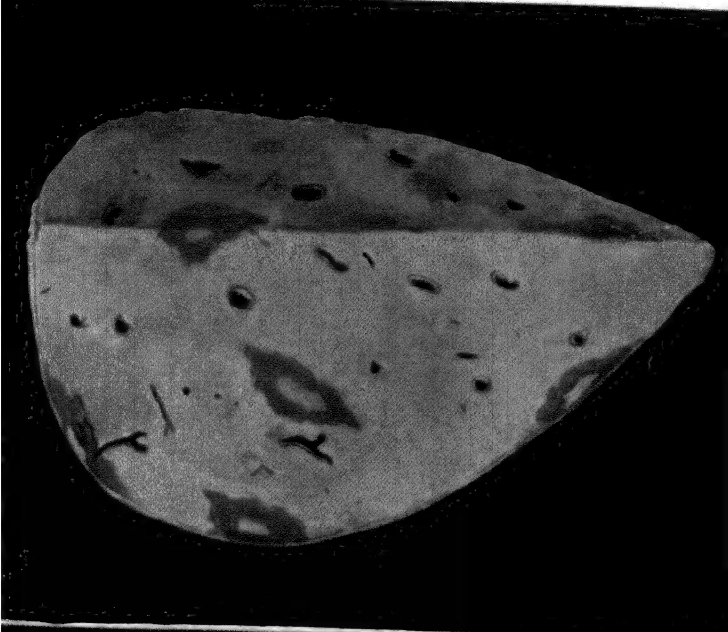
(ب) بچہ۔ اس کے لئے انداز خراب ہوتا ہے۔ ۴۹ فی صدی بچے مردہ پیدا

رشتہ ج کی ایک جھلک صابت کا جگر

پیش نمبر ۲



تصویر الف - جگر کی سطح پھیلائی ہوئی ہے، اور کیسہ کے نیچے بکھرے ہوئے سرخ رقبہ جات نظر آ رہے ہیں۔



تصویر ب - ترش کرنے پر، سرخ رقبہ جات جو کہ زردف کا نتیجہ ہیں، انکا مرکزی حصہ تختی اور پیٹھ کی رنگت کا نظر آتا ہے۔

ہوتے ہیں یا وضع حمل کے بعد فوراً ہی مر جاتے ہیں۔ ایکلیمپسیا (انشناج) سے مجموعی جینی اموات کی تعداد ہر ۱۰۰۰۰ ہزار وضع الحملوں میں ۷ تا ۸ ہے۔

موت کا سبب اختناق ہوتا ہے، جو غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ تشنج کے دوران میں پلینٹا (شیمہ) کے اندر مادری خون کے بہاؤ میں مزاحمت ہوتی ہے یا ممکن ہے کہ موت ٹاکسیمیا (سم الدم) کا نتیجہ ہو، کیونکہ جگر اور گردے ایسے ہی ضررات ظاہر کرتے ہیں جیسے کہ زچہ میں یا یہ ممکن ہے کہ وضع حمل میں تعجل کے لئے قبالتی دست و رزی لی جائے اور اس سے نقصان واقع ہو کر موت ہو۔

خواہ بچہ زندہ بھی تولد ہو، تو بھی پری میچورٹی (ناپختگی) کی وجہ سے بعد میں مر جاسکتا ہے کیونکہ وضع الحمل اکثر پورے دن سے قبل واقع ہوتا ہے۔ ولادت کے چند منٹ بعد تشنجات ہونا عام امر ہے۔

مرضیاتی تشریح

ایکلیمپسیا (انشناج) کے ہلکے واقعات میں جگر گردے، طحال، قلب اور دماغ میں ضررات ظاہر ہوتے ہیں۔ جگر میں یہ ضررات نہایت ممیز نوعیت کے ہوتے ہیں۔ جگر - ایک بخوبی نمایاں احابت میں جگر کا رنگ پھیکا زرد ہوتا ہے، اس کے کیسے کے نیچے سیخ رقبات منتشر ہوتے ہیں۔ ان رقبوں کے مرکز میں زیادہ پھیکے زرد رنگ کے تنخری حصے نظر آسکتے ہیں۔ یہ سیخ رقبات، نزف کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یہ عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، مگر ممکن ہے کہ بڑی جامت کو پہنچ جائیں (پلیٹ III) - چند مثالیں ایسی مندرج ہوئی ہیں جن میں ایسے رقبہ نے سطح جگر کا ایک بڑا حصہ گھیر لیا ہے اور رقبہ کے اوپر کا کیسہ ٹوٹ گیا ہے اور انٹراپیری ٹونیل (intra-peritoneal) درون باریطونی) ہلکے نزف واقع ہوا ہے۔

اگر جگر کو تر اشا جائے تو کئی ہونی سطح بھی پھیکے زرد ہوتی ہے اور نزف کے رقبہ یہاں بھی دیکھے جاسکتے ہیں جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ تغیر کبدی جرم کے اندر اور سطح پر دونوں جگہ واقع ہوتا ہے۔

خود بینی امتحان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ضررات خاص طور پر پورٹل وینز

(portal veins = ابی وریدوں) کے خط میں واقع ہوتے ہیں، اور ان وریدوں میں علقیت ہوتی ہے۔ سرخ رقبات ایسے انحطاط یافتہ کبدی خلیات پر مشتمل ہوتے ہیں جو اپنا خلوی خاکہ کھو چکے ہیں اور چربیلے ہوتے ہیں، اور ان پر دسوی خلیات حملہ کرتے ہیں اور ان کو جدا کر دیتے ہیں۔ یہ تغیر لختکہ کے محیط پر نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ ہائپریمیسس (hyperemesis = استفرغ شدید) میں جگر کے اندر مائل تغیرات واقع ہوتے ہیں لیکن ایکلیمپسیا (انشجاج) کے برعکس یہ ہوتا ہے کہ لختکہ کے مرکز پر ضررات زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ مگر ایکلیمپسیا (انشجاج) میں بھی یہ ممکن ہے کہ انحطاط بیرونی حصہ تک محدود نہ ہو بلکہ اندر کی جانب بڑھا ہوا ہو اور مرکزی حصہ کو متاثر کرتا ہو، اور انٹر لوبولر وین (interlobular vein = درون لختکی ورید) خود بھی علقیت یافتہ ہو گئی ہو۔

گردے - گردے عموماً بڑھ جاتے ہیں۔ عموماً دونوں گردے برابر کی جہت کے ہوتے ہیں، مگر کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک گردہ دوسرے سے بہت بڑا ہو۔ وہ پھیکے زرد رنگ کے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ کیسہ کے ذریعے خون کے انصبابات پائے جائیں۔

تراشنے پر سطح زرد نظر آتی ہے۔ کارٹکس (cortex = قشرہ) دبیز اور پھیکا زرد ہوتا ہے، جو گہرے نمٹنی اور زیادہ مرکزی حصوں سے نمایاں طور پر ممتاز ہوتا ہے۔ کارٹکس (قشرہ) اور میڈلا (medulla = لب) کے مابین بھی نزفات ہونا غیر عام نہیں ہے۔ خرد بینی امتحان یہ ظاہر کرتا ہے کہ کلوی جرم کے جملہ حصے ماؤف میں لٹکین ضررات کا نوولیوٹڈ میوبولز (convoluted tubules = ملفف انابییب) کے خط میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ یہ ضررات خصوصیت سے انحطاطی ہوتے ہیں نہ کہ الہتابی اور ان ضررات کے مشابہ ہوتے ہیں جو گردوں میں سموم، مثل فاسفورس یا ذریعہ (cantharides) کے اخراج کے بعد پائے جاتے ہیں۔ کانولیوٹڈ میوبولز (ملفف انابییب) کے درونے، نقلے (سائز) سے بھرے ہوتے ہیں، اور یہ کاسٹز (سائز) برباد شدہ نخرمایہ اور زجاجی مادہ سے مرکب ہوتے ہیں، انابییب کا استہر بنانے والے خلیات کا اب کوئی مبین خاکہ نہیں رہتا اور ممکن ہے کہ نواتیں بھی نہ نظر آئیں۔ گلامرولولی

(glomeruli = گولیکے) مقابلتاً خفیف تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ وریڈیں پُر ہوتی ہیں اور بہت سی علقیت یافتہ ہوتی ہیں۔ رخنکی توصیلی بافت اڈمیٹس (ہنیج) ہوتی ہے اور شاہ صورتوں میں چھوٹے خلیات سے درریختہ ہوتی ہے۔ انٹر لایولر (بین تختکی) توصیلی بافت میں اکثر اوقات چربیلے تودے دیکھے جاسکتے ہیں۔

زیادہ حالیہ مشاہدات [برڈ (Baird) اور شاؤن (Shaw Dunn)] بظاہر یہ ثابت کرتے ہیں کہ مہلک ایکلیمپسیا (انشناج) میں عام کروی ضرر گلامرولر (گولیکے) ہوتا ہے جس کی امتیازی خصوصیت شعری دیواروں اور اینڈوتھیلیئم (=endothelium) درطلہ کی دبازت ہوتی ہے۔ مذکورہ بالا مشاہدین کے مطابق ٹیوبولر (=tubular) انیہبی (تغیرات کم مستمر ہوتے ہیں) اور شاید ان کی اہمیت ثانوی ہوتی ہے۔

یورٹرز (=ureters) (حالب)۔ یورٹرز (حالبین) بیشتر اوقات تسع پائے جاتے ہیں۔ مگر ایکلیمپٹک (انشناج) حالت اس سے پیدا نہیں ہوتی، کیونکہ حاملہ عورتوں میں یہ اتساع ایکلیمپسیا (انشناج) سے قطعاً الگ مشاہدہ کیا گیا ہے (تصویر ۲۲)۔

سپلین (=spleen) (طحال)۔ کبھی کبھی ویسے ہی ضررات جیسے کہ جگر میں ہونا بیان کرتے گئے ہیں طحال میں بھی مشاہدہ کئے جاسکتے ہیں مگر وہ ہرگز اتنے نمایاں نہیں ہوتے بلکہ اکثر اوقات موجود ہی نہیں ہوتے۔

قلب۔ تقریباً ۶ فی صدی مثالوں میں قلبی عضلہ کے اندر نرف اور نخر کے رقبات پائے جاتے ہیں۔ ذرا تلی اور شخمی انحطاط ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ ریڈ بلڈ کارپسکلز (=red-blood corpuscles) سرخ دموی جسموں کے اندر شخمی گلوبینے موجود ہوتے ہیں۔

وماغ۔ ۹۰ فی صدی مثالوں میں ضررات مشاہدہ کئے جاسکتے ہیں۔ عروق شعریہ میں علقیت ہوتی ہے، نرف کے چھوٹے رقبات بکثرت ہوتے ہیں، عصبی خلیات اور ریشے انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں سب ڈیورل (=subdural)

زیر جانی) نزفات دیکھے گئے ہیں۔ عموماً کارکس (قشرہ) اور گہری نواتوں میں ضررات واقع ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات دوروں کا نتیجہ ہیں، سعی اصل کے نہیں ہیں۔ ایکلیمپٹک (انشناج) ماؤں سے پیدا ہوئے بچوں پر جو تحقیقات کی گئی ہیں، ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ ضررات ماں تک ہی محدود نہیں ہیں، بلکہ حاملہ نوعیت

کے تغیرات جنہیں کے بگڑ میں بھی پائے جاسکتے ہیں۔

انشاج کا علاج

اس کا بیان دو عنوانات کے تحت میں کیا جاسکتا ہے یعنی (۱) تحریری اور

(۲) شفافی۔
تحریری - حفظا تقدیمی تدابیر کی اہمیت بہت زیادہ ہے۔ ان کو پہلے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور پری ایکلیپسیا (پیش انشاج) کے باب میں بیان کیا جا چکا ہے۔ اس حالت میں علاج کا مقصد خود ایکلیپسیا (انشاج) کے آغاز کو روکنا ہوتا ہے۔ یہ سمجھنا چاہئے کہ اگر مناسب اینٹی نیٹل (پیش ولادتی) نگرانی اختیار کی جائے تو یہ حالت بڑی حد تک قابل تحریر ہے۔ ایکلیپسیا (انشاج) کو روکنا زیادہ آسان ہے بہ نسبت اس کے کہ اس کو اچھا کیا جائے۔

بہ حاملہ عورت کا قارورہ تمام حمل کے دوران میں باقاعدہ وقفوں پر معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں البیومن موجود ہے یا نہیں (دیکھو صفحہ ۷۹)۔ پرمی گریوڈ (اولیں حاملہ عورت) میں یہ احتیاط خاص طور پر اہم ہے اس وجہ سے کہ جو عورتیں اول اول حاملہ ہوتی ہیں ان میں ایکلیپسیا (انشاج) زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ ڈاکٹر کو مریضہ کو خبردار کر دینا چاہئے کہ اگر مریضہ کے پیشاب کی مقدار کم ہو جائے یا اسے درد سر، تنگی آڈیا (تہیج) یا دھندلی بصرات ہو تو وہ طبیب کو فوراً مطلع کر دے۔ اگر ان میں سے کوئی علامت موجود ہو تو مریضہ کا وہی علاج کرنا چاہئے جیسا کہ حمل کے ٹاکسیا (تسم دم) کے لئے کیا جاتا ہے۔

شفافی علاج

دورہ کا علاج - یہ زیادہ بہتر ہے (بشرطیکہ قابل عمل ہو) کہ دورہ میں مریضہ کو بلایا جلا یا نہ جائے، بلکہ جہاں وہ ہے وہیں رہنے دیا جائے تاکہ غیر ضروری دست اندازی کی تحریک سے دوسرا دورہ پڑ جائے کا خطرہ کم ہو جائے۔
دانتوں کے درمیان کسی قسم کا گینگ (gag = کم) ضرور رکھ دینا چاہئے مصنوعی

اور ملتے ہوئے دانت بھی نکال دینا چاہئیں، ورنہ ممکن ہے کہ وہ حلق یا خنجرہ میں مصحوس ہو جائیں، اور اغتصاص پیدا کریں۔ یہ کام چیمچ کے دستے سے یا ایسے ہی کسی اور اوزار سے جس پر رومال پیٹ دیا گیا ہو بھی کیا جاسکتا ہے۔ گلیگ (gag = کغم) اس لئے استعمال ہوتا ہے کہ تشنج اور بیہوشی کی حرکات میں مریضہ اپنی زبان نہ کاٹ لے۔

جب دورہ ختم ہو جائے تو سر کو آہستگی کے ساتھ ایک جانب پھیر دینا چاہئے، تاکہ خون یا لعاب منہ سے باہر نکل جائے، اور تنفسی نالیوں میں کچھ نہ جانے پائے، کیونکہ ایسا ہونے سے مریضہ کا دم گھٹ جاسکتا ہے یا سپٹک برانکھو نیو مونیب (septic

bronchopneumonia = عفونی ذات الریه شعبتی) کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مخاطہ زیادہ ہو، یاسانس میں بلبلے کی آواز ہو، یاسانس دقت سے آتی ہو، تو سر کو بستر کے کنارے پرے آنا چاہئے، اور چہرہ نیچے کی جانب کر کے پشت بلعوم کو پھارنا چاہئے۔ اگر یہ احتیاطیں نہ برتی جائیں تو ممکن ہے کہ مریضہ کا دم گھٹ جائے اور وہ اپنے ہی افراز میں ڈوب جائے۔ اس لئے یہ قطعاً ضروری ہے کہ ایک تربیت یافتہ نگران ہر وقت مریضہ کے پاس ہے۔ اگر سیانوسس (زراق) قائم رہے تو آکسیجن کی رسد تیار رکھنا قرین مصلحت ہے۔ مریضہ کو اپنے آپ کو ضرر پہنچانے سے بے آہستگی باز رکھنا چاہئے۔ ایک تنجیہ اس کے سر کے نیچے رکھ دینا چاہئے، اور گردن اور سینہ کے اطراف میں کپڑے ڈھیلے کر دینے چاہئیں۔

دورہ کا عود روکنا۔ ایکلیپسیا (انشاج) کی بہت سی مریضوں کا علاج مناسب طور سے گھریں نہیں کیا جاسکتا اور ان کے لئے ہسپتال کے ذرائع و وسائل کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمام۔ مریضہ کو بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ اس کے کپڑے آہستگی سے اتار دینے چاہئے، اور کوئی شے جو خراش آور ہو اس کی جلد سے نہ لگی رہنے دی جائے۔

جب تک کہ مریضہ بستر پر ہے، اس وقت تک ہر قسم کی دست ورزی جیسے کہ مہلبی امتحانات، حقنہ وغیرہ سے اجتناب کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ تدابیر تشنج پیدا کر دیں۔ بہتر ہے کہ کمر، عمارت کے خاموش ترین حصہ میں ہو۔ کمرہ کی چمکیں ڈال دینا چاہئیں اور اس کو تاریک کر دینا چاہئے، مگر مریضہ کی مناسب نگرانی اور علاج کیلئے کافی روشنی میرر ہونا چاہئے۔ کسی تیز روشنی یا ایکبار کی شوگر جیسے دروازہ زور سے بند کرنا یا ٹیلیفون کی گھنٹی بجانا اس کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ زیادہ قرین عقل یہ ہو کہ

ڈاکٹر اور نرس (nurse = ممرضہ) کے سوا کسی اور کو کمرد میں نہ رہنے دیا جائے۔
مسکن ادویہ - عصبی توانائی کے انفجار است جو تشنجی حرکات پیدا کرتے ہیں انکی روک تھام کرنے کے لئے مسکن ادویہ استعمال کی جاتی ہیں۔ ان میں حسب ذیل ادویہ پر غور کرنے کی ضرورت ہے۔

مارفیا (morphia) - مارفیا پیمینی کم کرنے میں اور دورہ کے وقوع کو روکنے میں نمایاں اثر رکھتا ہے۔ یہ خونی فشار کو گھٹانے اور پروٹینی تحول کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں میں جو اینوریا (anuria = عدم بولیت) ظاہر کرتی ہیں، یا جن میں افزا بول نمایاں طور پر کم ہو جاتا ہے اس کا استعمال ممنوع ہے۔

مارفیا پوری خوراکوں میں یعنی $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ گریں تک تحت جلد اشراب کے ذریعہ دیا جاتا ہے۔ بالعموم یہ $\frac{1}{4}$ گریں اٹروپین سلفیٹ (atropine sulphate) کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے تاکہ تنفسی مرکز پر اختفاضی اثرات کا ازالہ کیا جائے۔ اگر مریضہ پر دو گھنٹہ کے اندر دوا کا اثر نہ ہو تو مکرر خوراک دیجا سکتی ہے مگر بغیر اٹروپین (atropine) کے۔ ۲۴ گھنٹوں میں خوراکیں بتکرار کل دو گریں تک دیجا سکتی ہیں، مگر اس کی ضرورت صرف ان اصابتوں میں ہوتی ہے جن میں تشنجات جاری رہیں۔ رفتار تنفس پر نگاہ رکھنے کی احتیاط کی ضرورت ہے، اور اگر یہ گھٹ جائے تو خوراکیں جاری نہ رکھنا چاہئیں۔

108

ویریرٹرم ویرید (veratrum viride) - بعض لوگوں نے اس دوا کی بڑے زور سے سفارش کی ہے۔ بعض اصابتوں میں اس کے دینے کے بعد دوروں کے عود میں نمایاں کمی ہو جاتی ہے۔ دوا کا فعل غالباً اس کے وازو ڈائلٹریٹ (vaso-dilator = موسع العروق) اور ڈائی یوریتک (diuretic = مدر بول) تاثیر کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ نبض کو سست اور فشار خون کو پست کر دیتی ہے۔ ٹینکچر (tincture) کی مقدار خوراک ۵ ابوند آدھ آدھ گھنٹہ کے وقفہ سے دی جاتی ہے، یہاں تک کہ ضربات قلب کم ہو کر ۶۰ ضرب فی منٹ ہو جائیں۔ یہ زیادہ بہتر ہے کہ اس کو نصف سی سی ویریرٹرون (veratrone) کی صورت میں درون عضلاتی اشراب کے ذریعہ دیا جائے، کیونکہ ٹینکچر کا معیار مختلف ہو سکتا ہے۔ برخلاف اس کے اگر مریضہ کمزور ہو تو مذکورہ بالا دوا کے استعمال میں خطر ہے، کیونکہ قلبی عضلات پر یہ نمایاں شلخص اثر رکھتی ہے۔ اس کا استعمال ان مریضہ تک

معدود رکھنا چاہئے جن میں فشارخون بلند ہو، رفتار نبض سریع ہو، اور دورے کثرت سے ہوتے ہوں۔ اس کا استعمال کرتے وقت یہ ضروری ہے کہ رفتار نبض اور فشارخون کی مناسب اور وقتاً فوقتاً نگرانی کی جائے، کیونکہ اصلی مقدار خوراک انہی چیزوں پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر فشارخون ۱۹۵ ملی میٹر سیما سے متجاوز ہو، تو ایک سی سی، اگر ۱۷۵ اور ۱۹۵ کے درمیان ہو، تو ۳ سی سی اور اگر ۱۵۵ اور ۱۷۵ کے درمیان ہو، تو ۱ سی سی اور اگر ۱۴۰ اور ۱۵۵ کے درمیان ہو، تو ۱ سی سی ویراٹرون دینی چاہئے۔ اگر محتاط نگرانی کی جائے تو اس سے دوروں کی تعداد پر اقتدار رکھنے میں قیمتی مدد ملتی ہے۔ تاہم اسکو مارفیا کے ساتھ مزوج کر کے نہ بنایا جائے۔

کلوروفارم۔ زمانہ ماضی میں کلوروفارم انٹر پارٹم ایلیکیمیا (دورن ولادت) (انشناج) کی صورتوں میں، اور کسی ضروری قبالتی دست و رزی کے دوران میں دیا گیا ہے۔ اس میں بعض فوائد ہیں، کیونکہ اس کا فعل سریع ہوتا ہے، اور یہ جلد خارج ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ اس مریضہ کو بھی دیا جاسکتا ہے جو بیہوش ہو یا ننگنے کے ناقابل ہو، اور اس کا دینا آسان ہے۔ تاہم نگران کے لئے اس کا زیادہ دیرنگ دینا مشکل ہے، کیونکہ نگران کے مسلسل موجود رہنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس سے جگر میں عین وہی مرزأ پیدا ہوتے ہیں جو ایلیکیمیا (انشناج) میں ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی دوروں کے عود کی روک تھام پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ ایلیکیمیا (انشناج) کی اصابتوں میں چونکہ کلوروفارم سے جگر کو نقصان پہنچنے کا امکان ہے، اور نیز ایسڈ و سنر (ترشہ سمیت) میں جو پہلے ہی سے موجود ہے، زیادتی کا خطرہ ہے لہذا بہت دیر تک کلوروفارم کا استعمال کرنا خلاف مصلحت ہے۔ اسی وجہ سے اورٹین (avertin) بھی امکانی طور پر خطرناک ہے، اور اسی طرح باربیٹوریٹس (barbiturates) خواہ یہ کسی شکل میں ہوں مثلاً ایویپان (evipan)، نیم بوتال (nembutal) یا پرنکٹان (pernocton)۔

نائٹرس اکسائیڈ (nitrous oxide) اور آکسیجن کا این ایسٹھیا (عدم حسیت) بشرطیکہ اس کو کوئی ماہر استعمال کرے، تقریباً یقینی طور پر ایلیکیمپٹک (انشناجی) مریضہ کے لئے سب سے بے ضرر اور بہتر طریقہ ہے۔ اگر ماہر نہ استعمال حاصل نہ ہو، تو مناسب یہ ہے کہ گیس (gas) کے ذریعہ امالہ کرنے کے بعد تھوڑی ایٹھر (ether) دے دی جائے تاکہ علیحدگی کارروائی کو اس کو سمجھنے اور تشمکش کے بغیر انجام دیا جاسکے جو کہ غیر مناسق ہاتھوں میں گیس اور آکسیجن

این اس یغیسیا (عدم حیات) کا لازمہ ہے۔

کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) اور **پوٹاشیم برومائیڈ (potassium bromide)**۔ ماریا اور کلوروفارم کی بجائے دئے جاسکتے ہیں، لیکن اگر ضرورت ہو تو ان کا ماریا کے ساتھ ممزوج کرنا زیادہ بہتر ہے۔

اگر مریضہ ہوش میں ہو تو ان کو منہ سے دینا چاہئے، ان کی ہر ایک کی خوراک پندرہ پندرہ گزین ہے، جو گھنٹہ گھنٹہ بھر کے وقفوں سے دینی چاہئے، حتیٰ کہ چار خوراکیں ہو جائیں۔ اگر مریضہ بیہوش ہو تو اس سے دگنی مقدار اسٹراچ میوسیلج کے ساتھ شامل کر کے معائے مستقیم کی راہ سے دینی چاہئے۔

اگر چار خوراکیں دینے کے باوجود کوئی اثر ظاہر نہ ہو، تو ان کا استعمال بند کر دینا زیادہ بہتر ہے۔

اسٹروگنوف (Stroganoff) کا "حفظ ماتقدمی" طریقہ۔ اس اصول علاج کی طرف نہایت ہی عمدہ نتائج منسوب کئے گئے ہیں۔ اصل مقصد یہ ہوتا ہے کہ دوروں کو بند کیا جائے۔ خارجی خراش کو کم از کم بنانے کے لئے جو تدابیر اختیار کی جاتی ہیں، ان کے علاوہ ماریا اور کلورل ہائیڈریٹ کی معتد بہ خوراکیں بھی دینی چاہئیں۔ مندرجہ ذیل اسکیم اسٹروگنوف کی اس مضمون پر تازہ ترین اشاعت سے لی گئی ہے:-

شروع میں ۱ تا ۱۶ گزین ماریا (ہائیڈروکلورائیڈ) زیر جلدی طور پر دیا جاتا ہے۔ اس کے ایک گھنٹہ بعد ۲ تا ۴ گزین کلورل ہائیڈریٹ براہ معائے مستقیم یا براہ دہن دیا جاتا ہے۔

ابتدائے علاج سے تین گھنٹہ بعد ۱ تا ۱۶ گزین ماریا زیر جلدی طور پر دوبارہ دیا جاتا ہے۔

اس سے چار گھنٹہ بعد ۲ تا ۴ گزین کلورل ہائیڈریٹ براہ مستقیم یا براہ دہن دوبارہ دیا جاتا ہے۔

ابتدائے علاج سے تیرہ گھنٹہ بعد ۱۶ تا ۳۲ گزین کلورل ہائیڈریٹ دیا جاتا ہے، اور اس خوراک کو آٹھ گھنٹہ بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

اگر مریضہ ہوش میں ہو تو اس کو براہ دہن کلورل ہائیڈریٹ (۲ تا ۴ انس) دو دو

ہمراہ دیا جاتا ہے۔ بیہوشی کی حالتوں میں اس کو براہ مستقیم دودھ اور فرزیلا جیکل سیلان (physiological saline = فعلیاتی مالح) (ہر ایک ۳/۴ اونس) کے ہمراہ دیا جاتا ہے۔ اس خوراک کو ایکلیمپسیا (انشناج) اور طافور (افراد میں زیادہ کر دیا جاتا ہے) اور خفیف قسم کے ایکلیمپسیا (انشناج) اور ناطقت مریضات میں کم کر دیا جاتا ہے۔ پہلے دو تین وقفوں کی انشاء میں اگر کوئی مزید دورہ قریب الوقوع معلوم ہوتا ہو تو (۳۰ تا ۱۲۰ بوند) کلوروفارم بار بار دیا جاتا ہے۔

دوسرے روز ان مریضات کو جن کے ہاں ولادت نہ ہوئی ہو، ۶ تا ۲۴ گرین کلورل ہائڈریٹ ۲۴ گھنٹوں کی انشاء میں تین مرتبہ دیا جاتا ہے۔ اگر کلورل اور مارفیا دینے کے باوجود دورے عود کرتے رہیں تو فصد لی جاتی ہے۔ بشرط ضرورت مہیجات قلب استعمال کئے جاتے ہیں۔ ایکلیمپٹک (انشناجی) علامت زائل ہو جانے کے بعد ولادت میں اسراع کیا جاتا ہے۔

ہمایت ہی شدید اصابتوں میں ۲۴ گرین کلورل ہائڈریٹ اور ۲/۳ گرین مارفیا ۲۴ گھنٹوں کے اندر استعمال کر دیا جاتا ہے۔

110

سموم کا اخراج اور ان کی ترقیق۔ سموم کا اخراج طبعی طور پر امعاء، جلد اور گردوں کے ذریعہ سے ہوتا ہے۔ اگر سموم جوئے خون میں موجود ہوں، تو ان کو فصد کے ذریعہ اور طبعی محلول کا اشتراک کر کے بھی خارج کیا جاسکتا ہے۔ لہذا خواہ ان میں سے کسی طریقہ سے سموم کا اخراج کیا جائے، اس کی تکمیل مذکورہ ترقیق سے کی جاسکتی ہے۔

۱۔ گردوں کے ذریعہ سے۔ گردے پہلے ہی ضرر رسیدہ حالت میں ہوتے ہیں اس لئے کوئی فعال ڈائیوریٹک (diuretic = مدربول) دوانہ دینا چاہئے، کیونکہ یہ ضرر رسیدہ کلیوی سرعہ پر اور زیادہ کام کا بار ڈال دے گا۔ صرف ہلکے مدرات بول جیسے پوٹاس کا ایسیٹ (acetate) یا نائٹریٹ (nitrate) یا سپرٹ آف نائٹرس ایٹھر (spirit of nitrous ether) دئے جاسکتے ہیں۔ مریضہ کو آتش بوا اور امپریل ڈرنک (imperial drink = شاہی مشروب) کی بڑی مقداروں کے پینے کی ترغیب دینا چاہئے اور اس طرح گردوں کو دھو ڈالنا چاہئے۔ اگر مریضہ بے چین نہ ہو اور اس کو تشنجات نہ ہو رہے ہوں، تو زیر جلدی طور پر مسلسل مالح دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ ممکن نہ ہو تو مالح کو

معاء متقیم کی راہ سے داخل کیا جاسکتا ہے، مگر نمایاں تہیج کی صورتوں میں مالح ہرگز نہ استعمال کرنا چاہئے۔ اگر گردوں میں خاج کرنے کی قوت نہیں ہے تو یہ تدابیر نہ صرف بیودہیں بلکہ ان کا اختیار کرنا نقصان رساں ہے۔ اگر مالح دینا ہو تو مناسب یہ ہے کہ اس میں ۵۰۰ فیصد سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) ملا دیا جائے (ایک پائنٹ میں ایک ڈرام سوڈیم بائی کاربونیٹ)۔

۲۔ معاء کی راہ سے۔ معاء کا قبض اچھی طرح دور کرتے رہنا چاہئے تاکہ ٹرمیڈ تحول کے نتیجہ کے طور پر جو سام مادے پیدا ہوتے ہیں، وہ جذب نہ ہونے پائیں اور فائبرن میں تخفیف ہو جائے۔

وہ دوائیں جو آب نما اجابت پیدا کرتی ہیں، خصوصیت سے ضروری ہوتی ہیں، کیونکہ ان کے ذریعہ کچھ جسمانی بافتوں سے کھینچ آنے کا امکان ہے۔ اس کے لئے میگنیشم سلفیٹ (magnesium sulphate) جلایا (jalap) اور ارندی کے کے تیل کی سفارش کی گئی ہے۔ اگر مریض بے ہوش ہو تو براہ دہن کچھ دینا چاہئے، الانیزل (nasal = انفی) یا ایسا فیجیل (oesophageal = جزی) ٹلی کے ذریعہ اور بحر پانی کے کوئی غذا دینا چاہئے۔

استنظارى علاج کے جدید طریقہ میں خوب دست لائے، اور معاء کو دھونے پر بہت زیاں ضرور دیا گیا ہے۔ ایک ۱۸ انچ لمبی ستیمی نالی معاء میں ۱۸ انچ گزاری جاتی ہے اور اس کے بعد پانی جس میں فی پائنٹ ایک ڈرام سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) ملا ہوتا ہے، نالی کے اندر اُبلایا جاتا ہے اور سلفنی (syphon) ترکیب سے باہر نکالا جاتا ہے۔ یہ عمل جاری رکھا جاتا ہے یہاں تک کہ پہلے تو واپس آدہ پانی برازی رنگ کا ہوتا ہے اور پھر صاف ہو جاتا ہے۔ صابن دار پانی استعمال نہیں کرنا چاہئے۔ قطعی قابل اطمینان نتیجہ حاصل کرنے کے لئے ممکن ہے ایک گھنٹہ سے زیادہ لگ جائے اس لئے پانی کی بڑی مقداریں استعمال کرنا چاہئیں۔ ایک یا دو پائنٹ محلول معاء میں رسنے دینا چاہئے۔ اگر مریض بہت بے چین ہو اور اس طویل طریقہ عمل کو نہ کرنے دے تو اکثر اوقات مارفیا (morphia) کی ایک ابتدائی خوراک دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ڈبلن سکول (=Dublin School) مدرسہ ڈبلن، مذکور الصدر طریقہ کی پرزور حمایت کرتا ہے مگر اسٹروگنوف (Stroganoff) اسکو ضروری نہیں سمجھتا۔

۳۔ بذریعہ جلد۔ اگر پیش ۱۰.۵ درجہ فارن ہیٹ تک مرتفع ہو جائے، تو بشرط امکان ۸.۰ درجہ فارن ہیٹ کے نیم گرم پانی کے غسل کے ذریعہ پیش کو گھٹانا چاہئے۔ جب تک کہ پیش ۲ یا ۳ درجہ تک نہیں گر جاتی مریضہ کو مفصل ہی میں رکھا جاتا ہے۔ بغل سے نکالنے کے بعد اس کو بہت کثرت سے پسینہ آتا ہے اور پیش کا گھٹاؤ جاری رہتا ہے۔ جلد کا آزادانہ فعل پیدا کرنے کے لئے دیگر طریقے ہاٹ سیکز (hot packs = گرم لٹات) اور ویربا تھنر (vapour baths = بخاراتی غسل) ہیں۔ مندرجہ بالا طریقوں میں نقص ہے تو یہ ہے کہ ان میں مریضہ کو بہت ہلانے جلانے یا چھیڑنے کی ضرورت ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ تشنج پیدا کرے۔

بعض صورتوں میں یہ تعریق بظاہر زیادہ شدید تشنج اور گہرے قوما کا باعث ہوئی ہے۔ یہ ہرگز یقینی نہیں کہ ایکیلیمیا (انشجاج) کا سم جسم سے پسینہ میں نکلتا ہے، لہذا مریضہ کو بہت سا سیال دینا چاہئے، مبادا تعریق سم کا ارتکاز پیدا کرے۔ مندرجہ بالا وجوہات سے ان طریقوں کا مشورہ نہیں دیا جاتا۔ البتہ اگر بیان کردہ طریقہ پیش گھٹانا ہو تو اس صورت میں مریضہ کو سیال کی زیادہ مقداروں کے پینے کی ترغیب دیکر یا اگر ضرورت ہو تو بذریعہ معاشقہ آہستہ آہستہ مالح دیکر سم کو مرق کرنا چاہئے۔

پائیلوکارپین (pilocarpine) کی سفارش کی گئی ہے مگر یہ دینا نہ چاہئے کیونکہ پھیپھڑوں میں افراز پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ پلمونری اڈیمیا (pulmonary oedema = ریوی تہج) میں جو بیشتر اوقات کسی حد تک ایکیلیمیا (انشجاج) میں موجود ہوتا ہے زیادتی پیدا کرے۔

۴۔ بذریعہ جوئے خون۔ مناسب اصابتوں میں اگر فصد لی جائے، تو دوروں کے وقوع پر نمایاں اثر ہوتا ہے۔ مندرجہ ہے کہ ایک فصد کے بعد ۴۵ فی صدی واقعات میں دورے موقوف ہو گئے۔ عموماً خون وسطی باسک وین (basilic vein = باسلیق ورید) سے لیا جاتا ہے اور مریضہ کی حالت کے لحاظ سے ۱۰ اونس سے ایک پائنٹ تک خون نکالا جاتا ہے۔ فصد اکثر اوقات درون وریدی سیلائن انفیوژن (saline infusion = طمی تصفیق) سے پہلے لگاتی ہے، تاکہ فشاخون گھٹ جائے۔

مناسب اصابتیں وہ ہیں جن میں مریضہ میں خون کی زیادتی ہو، اس کی نبض رُاور مشرف ہو، فشار خون مرتفع ہو، یا مریضہ میں سائانوسس (زراق) ہو۔ فصد کھولنے کے ساتھ آکسیجن دینا مناسب ہے اور بعض اصابتوں میں مصنوعی تنفس پیدا کرنے کی ضرورت پڑی ہے۔ مٹاؤ قسٹیک سسٹاک (انکماش) فشار خون ۲۰۰ ملی میٹر سیما سے متجاوز نہ ہو جائے، اور سائانوسس (زراق) موجود نہ ہو، فصد کھولنے کا طریق عمل نہیں اختیار کرنا چاہئے، اور نہ اس وقت اختیار کرنا چاہئے جبکہ مریضہ کمزور اور عدیم الدم ہو۔ اگر یہ طریقہ اختیار کیا جائے تو ۲۰ اونس سے زیادہ خون نہ نکالنا چاہئے، اور یہ بہتر ہے کہ اس عمل کو دوبارہ نہ کیا جائے۔ ترقیق سم کے لئے ملچی تصفیق ایک قیمتی اعانت ہے، اور اس کی سفارش کی جاتی ہے، بشرطیکہ مریضہ میں پلمنی ادیما (رویہج) کی کوئی شہادت نہ ظاہر ہو۔ مالح کو درون وریدی ان فیوژن (تصفیق) کے ذریعہ یا معائنہ تقسیم کے ذریعہ یا زیر جلدی بافتوں میں دیا جاسکتا ہے۔ اگر فصد کھولی جائے، تو ان طریقوں میں درون وریدی طریقہ بہترین ہے، کیونکہ خون نکالنے کے بعد مالح فوراً ورید کے اندر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر مریضہ نیچین ہو، تو زیر جلدی طریقہ نہ استعمال کرنا چاہئے۔

مالح کے ساتھ فی پائنٹ (pint) ایک ڈرام (یعنی ۵.۸۵ فی صدی) سوڈیم آسیٹ (sodium acetate) یا سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) شامل کیا جاسکتا ہے، تاکہ خون کی قلویت جو کہ ایکلیپسیا (انشجاج) میں گھٹ جاتی ہے، بڑھ جائے۔ ایسی ڈوسز (ترشہ سمیت) کا ازالہ کرنے کے لئے ۵ فی صدی گلوکوس (glucose) بھی شامل کیا جاتا ہے۔ اگر مریضہ کو براہ دہن گلوکوس دینے سے اتنی قے ہو کہ وہ اس کو پچانہ سکے، تو مالح کے ہمراہ ۱۰ فی صدی محلول میں گلوکوس معائنہ تقسیم کے ذریعہ سے دیا جاسکتا ہے۔ مالح محلول کا نہ صرف یہ فائدہ ہے کہ سم کی ترقیق کرتا ہے، بلکہ یہ مدر بول کا بھی کام کرتا ہے۔ کلسیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے درون وریدی استعمال کی سفارش کی گئی ہے، اور اس سے سازگار سریری نتائج کی اطلاع دی گئی ہے۔ عام متادومکسینٹی میڈیسیں تصفیق میں ۵۔۱۰ منٹ صرف کئے جاتے ہیں، اسکے بعد ہر چار گھنٹہ کے بعد مکسینٹی میڈیسیں عضلی طور پر دئے جاتے ہیں۔ اس امر کی بڑی احتیاط کرنا چاہئے کہ علاج زیادہ تیز یا زور نہ ہو۔ اس امر کے متعلق ان جمع شدہ واقعات کی روئاد میں جن کا پہلے ہی حوالہ دیا جا چکا ہے، حسب ذیل تبصرہ کیا گیا ہے۔ یہ یقینی امر ہے کہ مہلک واقعات کی بیشتر تعداد میں علاج ضرورت سے زیادہ کیا گیا تھا، اور یہ کہ ان کی کافی تعداد میں حد سے زیادہ علاج مہلک نتیجہ پیدا کرنے میں لازمی طور سے ایک معین سبب تھا۔

قبالتی علاج

ایکلیمپیا (انشناج) کے قبالتی علاج کے سوال پر بحث اور اختلاف رائے پیدا ہو گیا ہے۔ زمانہ ماضی میں دو قطعی متضاد رائیں رہی ہیں۔ ایک کا ادعا یہ ہے کہ اگر ٹاکسیمیا (تسمم دم) شدید ہو یا مریضہ کو دورہ ہو چکا ہو، تو خواہ مریضہ وضع حمل کی حالت میں ہو یا نہ ہو، فوراً اگر اوپر دینا چاہئے۔ دوسرے کا ادعا یہ ہے کہ تا وقتیکہ طبی تدابیر ناکام نہ رہی ہوں، یا مریضہ میں وضع حمل کافی درجہ تک ترقی نہ پا چکا ہو، قبالتی مداخلت غیر ضروری ہے۔

اول الذکر رائے کی موافقت میں یہ تجربہ تھا کہ اکثر اصابتوں میں رحم کو خالی کر دینے کے بعد صحت جلد ہو جاتی تھی، و نیز یہ خیال تھا کہ ایکلیمپیا (انشناج) ایک ٹاکسیمیا (تسمم دم) ہے جس کا سم اووم (ovum = بیضہ) سے حاصل ہوتا ہے، اگر جنین رحم کے اندر مرجائے تو ماں کی حالت رو بہ صحت ہو جاتی ہے، اور اگر ٹاکسیمیا (تسمم دم) شدید درجہ کا ہو تو اکثر ایبارشن (استقاط) یا وضع حمل کا آغاز ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ استدلال کیا جاتا تھا کہ صحیح علاج، رحم کو جلد از جلد خالی کر دینا ہے۔ اس لئے انڈکشن (امالہ) کرانے کے لئے مذکورہ بالا تدابیر متعلّقین اور ان کے بطنی العمل ثابت ہونے پر زیادہ سریع تدابیر جیسے کہ کوٹمنٹ فورس (accouchement forcé = قسری ولادت) اور سیرین سیکشن (Caesarian section = شکاف قیصری) استعمال کی جاتی تھیں۔ کوٹمنٹ فورس (قسری ولادت) کی اب ہمہ گیر طور پر مذمت کی جاتی ہے۔

ایک ایکلیمپیا (انشناج) ایسے سر میں المنو اور سریع الترقی مرض کا علاج کرنے میں انڈکشن (امالہ) کرانے کے سست تر طریقوں سے بظاہر کوئی معقول فائدہ حاصل نہیں ہوتا، ایکے خلاف ان سے ایک ایسی حالت پر جو کہ پہلے ہی تشویشناک ہے وضع حمل کا بار ستراد ہو جاتا ہے۔ اگر سیرین سیکشن (شکاف قیصری) تجویز کیا جائے، تو اس کو بدانتہا ایکلیمپیا (انشناج) حالت کے آغاز کے بعد حتی الامکان جلد از جلد اور وضع حمل کے ترقی کرنے سے قبل ہی انجام دینا چاہئے، نہ کہ اس وقت جبکہ مریضہ اتنی خستہ ہو کہ وہ خود عملیہ کے ہی اثرات کو برداشت نہ کر سکے۔

دوسری رائے کی تائید میں یہ استدلال کیا جاتا تھا کہ تشنجات ضروری نہیں کہ

وضع الحمل کے اثر سے ہوں، کیونکہ دورے وضع حمل کے بغیر بھی پڑتے ہیں اور وضع حمل کی دواؤں بظاہر ان کا ہیج نہیں کرتیں۔ چنانچہ بیان کیا گیا ہے کہ ۵۷ فی صدی وائعات میں ولادت ہو جانے کے بعد دورے جاری رہتے ہیں۔

سلطنت متحدہ میں ایکلیمپسیا (انشناج) کے علاج کی تحقیقات کے لئے جو مجلس مقرر کی گئی تھی اس کی رپورٹ دس دوسری رائے کو زبردست تائید حاصل ہوتی ہے۔ مجلس کی رپورٹ دینے بعض آراء میں جو کہ زمانہ ماضی میں قائم تھیں بڑی ترمیم کر دی ہے۔ اس وقت تک وضع حمل کو جلد سے جلد اور اکثر اوقات سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ سے ختم کر دینے کا رجحان بڑھ رہا تھا، مذکورہ بالا رپورٹ قبالتی انصرام میں دخل در معقولات سے پرہیز کرنے کی زبردست حمایت کرتی ہے۔ یہ دکھایا گیا کہ فعال مداخلت جیسی کہ سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) اور عموماً کے سرخسہ اساع سے مراد ہے، مریضہ کے صحتیاب ہونے کی امیدوں کو بجائے بڑھانے کے گھمادیتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ جب وضع حمل جلد کر دینے کا طریقہ استعمال ہوا تو مادری شرح اموات ۲۱ فی صدی تھی۔ بخلاف اس کے جب انتظار یا علاج بلا عملیہ کے طریقے استعمال کئے گئے تو شرح اموات ۵۶.۲۹ فی صدی تھی۔

لندن (London) اور مڈلینڈس (Midlands) میں مادری اموات کے تحقیقی اعداد حسب ذیل تھے:-

خفیف	شدید	
۴۵ فیصد	۳۶.۹ فیصد	(الف) قدرتی ولادت
۵۱.۶	۳۱.۷	(ب) ولادت بالاعانت
۶۶.۶	۲۴.۴	(ج) وضع حمل کا امالہ
۱۱.۳	۴.۳	(د) سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری)
۱۸.۱	۶.۳	(ه) اکوشمنٹ فورس (قصری ولادت)

یہ اعداد صاف طور پر ظاہر کرتے ہیں کہ جتنی زیادہ قبالتی دست ورزی کی جاتی، اتنی ہی زیادہ شرح اموات بلند ہوگی۔ وضع حمل بذریعہ سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) یا اکوشمنٹ فورس (ولادت قسری) انجام دینے سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں، اگر ان کا مقابلہ ڈبلن (Dublin) (۱۹۲۹-۳۰) کے نتائج سے کیا جائے کہ جہاں قبالتی نہیں بلکہ طبی علاج ہوا تھا، تو یہ امر

اور بھی واضح ہو جاتا ہے۔

اگر قبل اس کے کہ وضع حمل شروع ہو طبی علاج کے ذریعہ مریضہ ایکلیپسیا (انشناج) سے شفا یاب ہو جائے تو اس سوال پر غور کرنا پڑتا ہے کہ حمل قائم رہنے دیا جائے یا نہ رہنے دیا جائے۔ حمل کے بعد کے دنوں میں دفعتاً ایکلیپٹک (انشناجی) حملہ طاری ہونے کا خطرہ ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ اس لئے جب طبی تدابیر کے نتیجے میں مریضہ شفا یاب ہو جائے تو حمل ختم کر دینا چاہئے۔

جراحی علاج

لمبر پنچر (lumbar puncture = قطنی کچوکا) اور سپائنل این ایس ہتھسیا (spinal anaesthesia = نخاعی عدم حسیت) کا استعمال کیا گیا ہے اور اس کی سفارش کی گئی ہے۔ لمبر پنچر (قطنی کچوکا) کی بعض صورتوں میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ سیر پر سپائنل فلوئڈ (cerebro-spinal fluid = دماغی نخاعی سیال) زیادہ تناؤ سے مثلاً ۱۲ ملی میٹر کی بجائے ۴۵ ملی میٹر کے ساتھ نکلتا ہے۔

114

تناحل یہ ثابت کرنے کے لئے ان میں سے کسی تدبیر کا دوروں پر اثر ہوتا ہے کہ نہیں، کافی شہادت موجود نہیں ہے۔

مکمل سپیشن آف یورین (اسر البول) یا قریب قریب مکمل سپیشن آف یورین (اسر البول) کی صورتوں میں درون کلوئی تناؤ کو کم کرنے کے خیال سے گردہ کا ڈی کیپسولیشن (decapsulation = کیسہ ربانی) انجام دیا گیا ہے۔ ڈی کیپسولیشن (کیسہ ربانی) کے بجائے محض کلوئی کیسہ میں شگاف دے دینے سے بعض کامیاب نتائج دیکھے گئے ہیں مگر ابھی تک اس کے متعلق اتنے معلومات جمع نہیں ہوئے کہ زمانہ حال میں ان عملی تدابیر کا استعمال بطور معمول کے جائز قرار دیا جاسکے۔

باب یازدہم

حمل کا ٹاکسیمیا (تسمم دم) (بہ سلسلہ سابق)

115

ہائپریمیس گریویڈیرم (hyperemesis gravidarum = حمل کا استفراغ شدید)

حمل کے ابتدائی حصہ میں چوتھے ہفتے سے لے کر چوتھے ماہ کے آغاز تک حاملہ عورت کو کیتھرنٹلی اور تھکے کی عام طور پر شکایت ہوتی ہے لیکن اس کے بعد عموماً یہ ناگوار علامات غائب ہو جاتی ہیں مگر بعض اوقات اس زمانہ میں علامات بہت شدید ہوتی ہیں اور تھکے جاری رہتی ہے۔

اصطلاح ہائپریمیس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) کا اطلاق اُن اعصابوں پر ہوتا ہے جن میں تھکے اتنے تو اتر سے اور اتنی انتہا کی ہوتی ہے کہ مریضہ کے معدہ میں غذا نہیں پھیرتی اور اس کے نتیجے میں وہ دہلی ہو جاتی ہے۔ معمولی تھکے کی خفیف اعصابوں سے لے کر پرنشس (pernicious = متلف) تھکے تک کے جملہ درجے واقع ہوتے ہیں اور یہ ممکن ہے کہ اُن سب کے اندر ایک ہی سبب کار فرما ہو۔

تو اتر۔ بیان کیا جاتا ہے کہ ۵۰ فی صدی سے زیادہ حاملہ عورتوں میں مستحلی اور خفیف درجہ کی تھکے واقع ہوتی ہے اور یہ ملٹی پیرا (multipara = کثیر الولادات عورتوں) کی نسبت پرمی پیرا (اولیں حاملہ) عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شدت کی تھکے کہ پرنشس (متلف) تھکے کے نام کی مستحق ہو شاذ و نادر ہوتی ہے۔ ہسپتال کی مریضات کے

اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس درجہ کی پرنشس (متلف) تھے ہزار جمل میں سے صرف ایک جمل میں واقع ہوتی ہے۔ ان اعداد کو بتا کر تسلیم کرنا چاہئے کیونکہ جس معیار کی تھے پرنشس (متلف) نام کی مستحق ہوتی ہے وہ مشاہدہ کرنے والے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اعلیٰ طبقوں کی عصبانی عورتوں میں اور نیز نہایت ذکی الحسن نسل کی مثلاً یہودی عورتوں میں یہ تھے زیادہ عام ہوتی ہے۔

اقسام

حل میں تھے کی دو جدا اور واضح اقسام ہیں:۔

۱۔ وہ تھے جو حل کے دوران میں۔

۲۔ وہ تھے جو حل کی وجہ سے ہو۔

۱۔ تھے حل کے دوران میں۔ اس قسم میں مریضہ کسی مرض کے سبب سے تھے کرتی ہے جس کو حل کا نتیجہ نہیں بلکہ حل کی اتفاقی پیچیدگی خیال کیا جاتا ہے۔ اس گروہ کی کئی مثالیں ہیں جیسے وہ تھے جو کہ ایک شدید نوعی قسم کے بخار کے آغاز کا یا گسٹرائٹس (gastritis = التهاب معدہ) یا گیسٹرک السر (gastric ulcer = قرعہ المعده) یا سیری برل ٹیومر (cerebral tumour = دماغی رسولی) کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ کوئی ایسی اصابت نہ نظر انداز ہو جائے کہ جس میں تھے درحقیقت اپینڈائٹس (appendicitis = التهاب اڈو) ان ٹی ٹی لیکچر (intestinal obstruction = معانی انسداد) یا ٹیبز (tabes = ہزال نخاعی) کے گیسٹرک کرائسس (gastric crisis = معدی بحران) کے سبب سے ہو۔

یہ قسم بعض اوقات ایسوسی ایٹڈ وٹینگ (associated vomiting = متلازم تھے) کے نام سے بیان کی جاتی ہے۔

۲۔ حل کی تھے۔ اس قسم میں مریضہ حل کی وجہ سے تھے کرتی ہے اور تھے کے ساتھ کوئی عضو یا تہی سبب نہیں پایا جاتا جو کہ اس کی توجیہ کرے۔

اس قسم کی تھے کے صحیح اسباب کسی یقینی حد تک معلوم نہیں ہیں۔ تاہم اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں تھے کا جاری رہنا نفسیاتی عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس کے

خراب اثرات پیدا شدہ سٹارویشن (starvation = تجوع) اور ڈی ہائیڈریشن (dehydration = نابیدگی) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس کے اولی آغاز کی وجہ صرف آٹو سجیشن (auto-suggestion = خود ایحاء) یا ہٹرو سجیشن (hetero-suggestion = دگر ایحاء) ہی نہیں ہوتی۔ یہ اس مشاہدہ سے ثابت ہے کہ بسا اوقات حاملہ عورتیں متلی اور قے کی شکایت کرتی ہیں حالانکہ وہ اپنے حمل سے باخبر نہیں ہوتیں، مثلاً اس وقت جبکہ رضاعت یا دیگر عوامل سے پیدا شدہ اینوریا (عدم الطمت) کے زمانہ میں استقرار حمل ہوا ہو۔ لیکن ہم کو یہ تسلیم کرنا چاہئے کہ مذکورہ بالا حالت کے آغاز پر بالکل کسی غیر طبعی امر کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا، نہ کسی نوعی سم کا کوئی قطعی ثبوت موجود ہوتا ہے۔ نظری طور پر ممکن ہے کہ کبدی گائیکوجن کا وہ افراغ جو کہ مشاہدہ کیا گیا ہے، کوئی سمپتھٹک (sympathetic = مشارکی) یا آڈرینل (adrenal = سرگردی) اثر اسکو پیدا کرنے کا بحال رکھتا ہو۔

یہ بیان کیا جاتا ہے کہ حمل کی وہ قے جو فعلیاتی درجہ کی ہو، معکوس الاصل ہوتی ہے، اور اس حالت کی مداومت اور اشتداد حقیقت میں ہسٹریکل (hysterical = ہسٹریائی) ہوتا ہے۔ بیشتر شہادت جو کہ حاصل ہے، مذکورہ بالا بیان کے دوسرے حصے کی تائید کرتی ہے، لیکن معکوس الاصل ہونے کے متعلق شہادت ہنوز غیر یقین آفریں ہے۔ شفا کی بہت سی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں ریٹرو فلکسڈ (retroflexed = پس خمیدہ) حامل رحم کی توضیح کرنے، یا سروکس (عقن) کی دریدگی یا ناکل کا علاج کرنے کے بعد قے موقوف ہو گئی ہے۔ زمانہ ماضی میں ان اصابتوں کو ایک علیحدہ گروہ میں رکھا جاتا تھا جو کہ ریفلیکس (reflex = معکوس) کے نام سے موسوم تھا، تاہم اس امر کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ قے اس طرح معکوس طور پر واقع ہوتا ہے، کیونکہ بسا اوقات ان اسباب کے موجود ہوتے ہوئے بھی کوئی قے نہیں ہوتی، حالانکہ ان کی عدم موجودگی میں ہو جاتی ہے۔ یہ کہیں زیادہ قربین قیاس ہے کہ شفا کو اس نفسی اثر کی طرف منسوب کیا جائے جو کہ اختیار کردہ علاج سے مریضہ پر ہوتا ہے۔

محکم شدہ قے کے حیاتی کیمیائی مظہرات پر باب ہشتم میں پورے طور پر بحث کی گئی ہے۔

عمل کی قے کو ذیلی طور پر دو قسموں میں تقسیم کرنے کا دستور رہا ہے، نیورٹک (neurotic = عصبانی) اور ٹاکسک (toxic = سمی)۔ اس ذیلی تقسیم سے بلاشبہ غلط فہمی

اور بسا اوقات سخت مصیبتناک نتائج پیدا ہو گئے ہیں۔

قے کی ایک قسم تو وہ ہے جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں شروع ہوتی ہے اور پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) حالت کی علامت ہے۔ باب دہم میں اس پر پہلے بحث کی جا چکی ہے۔

قے کی باقی تمام نہ سہی تقریباً تمام اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو ایک ابتدائی درجہ میں نمودار ہوتی ہیں اور اختلاف پذیر شدت کے ساتھ ایک اختلاف پذیر مدت تک قائم رہتی ہیں۔ ممکن ہے ثانوی پیچیدگیاں مثلاً البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور یرقان پیدا ہو جائیں، یا حقیقتہً موت ہی واقع ہو جائے۔ تاہم اختلاف شدت، امراضی امتیازات نہیں بلکہ محض اختلاف الدرجہ ظاہر کرتا ہے۔ ٹاکسک (سمی) بد قسمتی سے ایسا نام ہے کہ جو علاج بغاقتی کا ایما کرتا ہے حالانکہ اگر پری ایکلیمپٹک (پیش انشناج) سے قطع نظر کیا جائے، تو رگننسی و ڈائنگ (قے لھلھ) کی اصابتوں کا علاج خواہ یہ حالت کیسی شدت کے ساتھ کیوں نہ نمودار ہوتی ہو، مزید فاقتی کشی کرنا ہرگز نہیں ہے۔

بہت سے شہادت سے یہ ثبوت حاصل ہوتا ہے کہ مسلسل قے نیوروسسز (neurosis = عصبانیت) کا منظر ہے۔

ان شہادت میں سے ایک مشاہدہ قابل ذکر یہ ہے کہ مذکورہ بالا اصابتوں میں ہسٹریا (hysteria) کے شواہد اکثر اوقات موجود ہوتے ہیں اور یہ کہ ان کی حقیقی نوعیت اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ قوی دماغی تاثرات کے ذریعہ قے بند ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ایسی مریضات جن کو بچہ ہونے کی بڑی آرزو تھی، محض حمل گرا دینے کی دھمکی سے صحتیاب ہو گئیں اور مادہ طبی تدابیر جیسے کہ معدم الحس کا استعمال یا ایسا برقی مورچہ لگانا جو چالونہ عقسا، صحتیابی کا باعث ہوا۔ اس رائے کی مزید تائید اس امر سے ہوتی ہے کہ لاتعداد مختلف ادویہ رائج رہ چکی ہیں جن میں سے ہر ایک کے طرفدار موجود تھے، یہ کہ رحم کو خالی کر دینے پر تقریباً یقینی اور فوری شفا یابی ہو جاتی ہے، نیز اس کی اُن واقعات سے تائید حاصل ہوئی ہے کہ جن میں مریضہ اس طرح صحتیاب ہو گئی کہ وہ غلط طور پر ہی سہی لیکن خیال کرتی تھی کہ ایباژن (انقطاع) کا امالہ کر دیا گیا ہے۔

برسبیل تذکرہ یہ بھی کہہ دینا چاہئے کہ ایک ناپسندیدہ حمل، علاج میں رکاوٹ کا

باعث ہوتا ہے، کیونکہ اس قسم کی اصابت میں تمارض کا عنصر ہسٹریکل (ہسٹریائی) عامل کو پیچیدہ کر دیتا ہے اور مریض ساکھو تھراپیوٹک (psycho-therapeutic = نفسی علاجی) نڈا بیر کی حقیقی طور پر مخالفت کرتی ہے۔

جب سے دانشمندانہ اینٹی نیشل (قبل الولادتی) نگرانی عام طور پر رائج ہو گئی ہے، قے حیرت انگیز طور پر شاذ ہو گئی ہے۔ چنانچہ اب یہ نہیں سمجھا جاتا کہ قے حمل کے ہمراہ کم و بیش لزوم کے ساتھ پانی جاتی ہے۔

ایک زمانہ میں یہ خیال تھا کہ مذکورہ بالا اصابتوں کا ایک بہت بڑا اگر وہ حقیقت میں ٹالک (سمی) اصل کا ہوتا ہے۔

اس رائے کی تائید میں یہ شہادت ہے کہ ایونیائو کوشنٹ (قدر ایونیائو) بڑھ جاتا ہے۔ قارورہ میں اسیٹون (acetone) اور ڈائی ایسٹک ایسڈ (diacetic acid) کی موجودگی سے ایسڈوسز (ترشہ سمیت) ثابت ہوتا ہے۔ شدید قے اکثر اوقات ہائیڈیٹیفارم (ہائیڈیٹ ناسین کا ذب) کے حمل کو پیچیدہ کرتی ہے، اس حالت میں ان جنینی اجزاء کا جو خلات کوڈھکتے ہیں، نمایاں نکاثر ہوتا ہے، لہذا ان جنینی اجزاء سے سم کے حامل ہونے کا دعویٰ کیا گیا ہے۔ ایک مزید امر جو اس رائے کی تائید کرتا ہے یہ ہے کہ پرنشس (متلف) قے کی شدید اصابتوں میں سمی قسم کا نیورائٹس (neuritis = التهاب اعصاب) پیدا ہونا معلوم ہے۔

لیکن حمل کی قے کی اصابتوں کی بڑی تعداد میں ٹالکیمیا (تسمم دم) کی قطعی شہاد عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قارورہ کے تغیرات صرف وہی ہوتے ہیں جو طبعی طور پر فاقہ کشی اور وائٹری پلش (water-depletion = افراغ آب) کے ساتھ پائے جاتے ہیں، مختصر یہ کہ یہ تغیرات بنیادی سبب کی امارات نہیں بلکہ خود قے ہی کے اثرات ہوتے ہیں۔ آج کل کے حیاتی کیمیادان ایونیائو کوشنٹ (قدر ایونیائو) کی اس زیادتی کو محض اس تعدیل ترشہ کی علامت سمجھتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) کا احتراق بہت کم ہو جانے پر جسم کی محافظت میں واقع ہوتی ہے۔ یعنی اگر طویل مدت تک قے جاری رہے تو لازمی طور سے کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) کا افراغ ہو جاتا ہے جو قدر ایونیائو میں زیادتی کا بذات خود ایک کافی سبب ہے، لہذا

قارورہ میں یہ کیمیاوی تغیر ٹاکسیما (تسم دم) کا ثبوت نہیں مانا جاسکتا۔
اس طرح قارورہ میں ایسی اشیاء جیسے اسیٹون (acetone) اور ڈائی ایتھیل پیٹ
(diacetic acid) (کیٹونی (ketone) اجسام کی موجودگی بھی ٹاکسیما (تسم دم) کا ثبوت
نہیں سمجھی جاسکتی، کیونکہ یہ شحم کے غیر مکمل احتراق کے حاصلات ہیں اور ان جملہ مرضیاتی حالتوں
میں جن میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) بہت کم خرچ ہوتا ہے پائے جاتے ہیں لیکن
اگرچہ قدر ایونیائی زیادتی اور کیٹونی (ketone) اجسام کی موجودگی اب ٹاکسیما (تسم دم)
کا ثبوت نہیں سمجھے جاتے، تاہم یہ ٹاکسیما (تسم دم) کے ایک مفید معیار کا کام دیتے ہیں، کیونکہ
خواہ ان کا سبب کچھ بھی ہو، یہ ظاہر کرتے ہیں کہ مریضہ کی حالت خطرناک ہے اور یہ کہ اس کے
فائدہ کے لئے فوری علاج کی ضرورت ہے۔

شدید اصابتوں میں دیر تک ڈی ہائیڈریشن (نابیدگی) رہنے سے کلوی وٹیفہ میں
خرابی واقع ہو جاتی ہے۔ اس سے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور نائٹروجینی اجناس
واقع ہو جاتا ہے۔ گلائیکو جن ڈی پلیشن (افراغ) کے ہمراہ جو کبدی تغیرات واقع ہوتے
ہیں ان سے یرقان پیدا ہو سکتا ہے جو اصابت کا شدید ہونا ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات

وہ مریضات جو خفیف قسم کی تھیں میں مبتلا ہوں، بہت کم مرتی ہیں، اس لئے مرضیاتی
ضررات کا بیان شدید اصابتوں کے معائنہ پر مبنی ہے۔

جگر۔ کبدی ضررات، ایکیوٹ ہیپاٹرونی آف وی لور (جگر کا حادہ صفر ذبول)
کے ضررات سے بہت مشابہ ہوتے ہیں۔ بعض میں لوہیول (لختک) کے مرکزی حصہ میں تخیر ہوتا
ہے اور محیط مسلم باقی رہتا ہے، مگر دیگر اصابتوں میں کوئی تخیر نہیں ہوتا، اور جگر یہ ظاہر کرتا
ہے کہ سارے کے سارے عضو یہ میں نمایاں شحی انحطاط موجود ہے۔

کئی مشاہدین نے اس امر پر زور دیا ہے کہ کبدی تغیرات ان تغیرات سے مختلف
ہوتے ہیں جو کہ ایکلیمپیا (الٹناج) میں ہوتے ہیں۔ ایکلیمپیا (الٹناج) کی حالت میں خالص
حصہ جو متاثر ہوتا ہے لوہیول (لختک) کا محیطی حصہ ہوتا ہے، نہ کہ مرکزی حصہ جو کہ ہائپرٹیس
گریوڈیرم (حمل کے انفراغ شدید) میں متاثر ہوتا ہے، لیکن اس طرح بعض خطوں تک

حد بندی کا پایا جانا ضروری نہیں ہے۔
 گردے ممکن ہے کہ گردے کوئی تغیر نہ ظاہر کریں، لیکن جب تغیرات پائے جاتے ہیں تو یہ تمام و کمال اسطوطی نوعیت کے ہوتے ہیں، اور کان و ویوٹڈ ٹیوبولز (ملفوظ اناسیب) کے خلیات تک محدود ہوتے ہیں۔ یہ خلیات سحابی ورم ظاہر کرتے ہیں، اور ان کے درونے ذراتی چورہ سے پُر ہوتے ہیں۔ گردوں میں نرف اور تسخر کے وہ خطے جو ایکلیپیڈا (انشلاج) کے جہلک واقعات میں اتنی کثرت سے دیکھے جاتے ہیں، عموماً مذکورہ بالا حالت میں نہیں پائے جاتے۔

علامات

اگر تھے کسی متلازم مرض جیسے کہ گیسٹرک السر (قرح المعده)، یا ایک انٹر اکرینیل ٹیومر (دردن مجموعی رسولی) کی موجودگی کی وجہ سے ہو، تو علامات اس مرض کی ہوتی ہیں جو موجود ہوتا ہے، لہذا یہاں ان کا بیان کرنا بے محل ہوگا۔

باپیر میس گر ٹیوڈیرم (حمل کا استفرغ شدید) میں علامات اسی طرح شروع ہوتی ہیں، کہ جس طرح حمل کی معمولی قے میں ہوتی ہیں۔ چوتھا مہینہ شروع ہونے پر معمولی قے پر تو عام طور پر متوقف ہو جاتی ہے۔ لیکن مذکورہ بالا حالت میں قے بعد میں بھی جاری رہتی ہے بلکہ زیادہ شدید ہو جاتی ہے۔ مریضہ کو ہر کھانے کے بعد اور کھانوں کے درمیان بھی تسلی ہوتی ہے۔ وہ تغذیہ جذب کرنے کے ناقابل ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے رات کو قے ہو جانے کی وجہ سے اس کے آرام میں بھی خلل آئے۔ اس قسم کی قے کئی کئی ہفتہ جاری رہتی ہو مریضہ لاغر ہوتی جاتی ہو اور استدر خستہ ہو جاتی ہو کہ اس کی حالت تشویشناک ہو جاتی ہے پھر بتدریج وہ اور بھی لاغر اور خستہ ہو جاتی ہے، وہ کافی گروٹنڈ (coffee-grounds = درو قہوہ) جیسا مادہ قے میں لاتی ہے۔ وہ ذراسی یرقان زدہ ہو جاتی ہے، پیشاب کی مقدار گھٹ جاتی ہے، اور اس میں ایلیومن کی متزائد مقدار اور بلند ڈائی اسیس کا ٹنٹ (ڈائی اسیس مشمول) پایا جاتا ہے، ایوینیا کوفشنٹ (قدرا یونیا) بڑھ جاتا ہے، یوریا (urea) کی صورت میں خلیج ہونے والی نائٹروجن کم ہو جاتی ہے، اور اسیٹون (acetone) ڈائی اسیک ایسڈ (diacetic acid) موجود ہوتا ہے۔ شدید تر اصابتوں میں مریضہ پر قوامی حالت طاری ہو جاتی ہے اس کو بخار ہو جاتا ہے اور اس کی رفتار نبض تیز ہو جاتی ہے ممکن ہو کہ

موت واقع ہو جائے۔

تشخیص

تشخیص میں سب سے پہلا ضروری امر یہ ہے کہ یہ اطمینان کیا جائے کہ الہتباب گردہ یا وہ متلازم کیفیات جو پہلے بیان ہو چکی ہیں تھے کا سبب نہیں ہیں۔ یہ امر قے کی رو واد کی بغور تحقیق کرنے سے اور مریضہ کا عام امتحان کرنے سے دریافت ہو سکتا ہے۔ آخری زمانہ میں قے ہونا ممکن ہے پری ایکلیپٹک سیٹ (پیش الشناجی حالت) کی علامت ثابت ہو۔ مزید براں یہ ضروری ہے کہ ایبارٹی فیشنٹر (abortifacients == مسقطات الحمل) سے مسموم ہونے کے امکان پر غور کیا جائے۔

انذار

اگر مریضہ کی مناسب طور پر پرداخت کی جائے تو انذار سب اصاباتوں میں تسکین ہوتا ہے اور رحم کا تخلیہ کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت پیش آتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریضہ کی زندگی بچانے کے لئے مصنوعی طور پر اختتام حمل کرنا ایک ضروری امر ثابت ہو لیکن ایسا کرنا یہ معنی رکھتا ہے کہ اصابات کا ابتدائی درجہ میں غلط طور پر علاج کیا گیا ہے اور ناکامی کے اعتراف کے برابر ہے۔ کسی اصابة کو ضعیف نہیں سمجھنا چاہئے، کیونکہ ایک غافلانہ یا غیر عاقلانہ علاج سے ممکن ہے مذکورہ بالا حالت بسرعت ترقی کرے اور آخر کار موت پر منتج ہو۔ متوالی محول میں قے کے عود کرنے کا خطرہ ہے۔

علاج

معمولی قسم کی قے کا جو حمل کے ابتدائی مہینوں میں واقع ہوتی ہے، سادہ ادویہ سے عموماً کامیابی کے ساتھ علاج کیا جاسکتا ہے۔ مریضہ کو ہدایت کرنا چاہئے کہ وہ صبح اٹھتے ہی ایک خشک بسکٹ یا توس (toast) کے ٹکڑے کے ساتھ ایک پیالی ہلکی چائے یا گرم دودھ پیئے، تاکہ اسے کوئی غشی کی سی کیفیت نہ محسوس ہونے پائے جو اسے اپنے ناشتہ کے وقت کا انتظار کرنے پر لاقی ہو سکتی ہے۔ اس کو ہدایت کرنا چاہئے کہ اپنا ناشتہ بستر پر کرے۔

اور اس کے بعد قریب آدھ گھنٹہ تک اضطجائی حالت میں رہے۔ روزانہ اجابت ہونا ضروری ہے۔ مریضہ کی ہمت افزائی کے لئے اُسے یہ بتانا چاہئے کہ بیشتر حاملہ عورتیں تسلی اور قے کی شکایت کرتی ہیں، مگر ان کی علامات عارضی نوعیت کی ہوتی ہیں۔ یہ امر ضروری ہے کہ اس قسم کی قے کو جاری نہ رہنے دینا چاہئے، ایسا نہ ہو کہ فاقہ کشی نقصان سیال اور ایسڈوز (نریشہ سمیت) پیدا ہونے کی وجہ سے مریضہ کی حالت خطرناک ہو جائے۔ اگر ایک بار مریضہ اس نوبت کو جبکہ تقریباً مسلسل قے ہوتی ہے پہنچ جائے، تو نبض کی رفتار بڑھ جاتی ہے، نیند غائب ہو جاتی ہے، دُبلاپن اور خستگی ہوتی ہے اور اسی نسبت سے علاج بھی زیادہ مشکل ہو جاتا ہے اور زیادہ زور دار تدابیر کی ضرورت پیش آتی ہے۔ کامیابی کے لئے علاج کا ایک ضروری حصہ یہ ہے کہ مریضہ کو اپنے گھر سے نکال لیا جائے، انضباط اور ضرورت سے زیادہ ہمدرد دوستوں اور رشتہ داروں سے کنارہ کشی کرنا علاج کے اہم عناصر ہیں۔

یہ ایک نہایت ہی تعجب انگیز بات ہے کہ بیشتر اصابتوں میں جب مریضہ کو ہسپتال یا نرسنگ ہوم (nursing home = ادارہ تربیض) میں منتقل کر دیا جاتا ہے تو قے بڑی سرعت سے بند ہو جاتی ہے۔ جب تک کہ مریضہ بہت زیادہ فکر مند رشتہ داروں اور ایک گڑ بڑ کرنے والی دایہ سے جو مسلسل اُس کے سامنے تلہ (basin) پیش کرتی رہتی ہے، اور بستر کے کپڑوں کو موم جامے کی چادروں سے ڈھکتی رہتی ہے گھری رہیگی، اس وقت تک اس کی صحتیابی کی توقع نہیں کیجا سکتی۔ یہ امور قے کے براہ راست محرک ہوتے ہیں۔ مریضہ کو معلوم ہوتا ہے کہ اُس سے قے ہونے کی توقع کیجاتی ہے اور اس ماحول کا ایذا دہی اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ برابر قے کرنے پر مائل رہتی ہے۔ صرف یہی ضروری نہیں ہے کہ مریضہ کو مناسب ماحول میں رکھا جائے، بلکہ اس کی اعانت ایک دماغی فضا سے بھی ضرور کرنا چاہئے۔ اس کو سمجھا دینا چاہئے کہ اس کی یہ حالت جلد دفع ہو جائے گی اور یہ کہ وہ یقیناً شفا یاب ہو جائے گی۔ ابتدائے علاج سے یہ ضروری ہے کہ اُسے سیال غذا نہ دی جائے، بلکہ ٹھوس غذا پر رکھا جائے۔ مقدار غذا کم ہونا چاہئے اور جلد جلد وٹفول پر دینا چاہئے، کیونکہ اگر غذا نہ پونچنے سے مریضہ میں غشی کی سی حالت ہونے کا موقع دیدیا جائے گا، تو اکثر اوقات تسلی کی کیفیت پھر عود کر آئے گی۔ پہلے تو ممکن ہے کہ وہ ٹھوس

غذا لینے سے انکار کر کے اور یہ بھی ممکن ہے کہ انکار نہ کرے، مگر اُس کو نشین دلانا چاہئے کہ وہ کھا سکتی ہے، اور یہ کہ ایسا کرنے سے بہتر نتائج حاصل ہوں گے۔ اُسے غذا کھانے پر مجبور کرنا چاہئے اور تا وقتیکہ وہ کھانہ لے نہ کرے، نگران کو چاہئے کہ اُس کے پاس ٹھہرا رہے۔ عموماً یہ طریقہ بھائے علاج فوری اور حیرت انگیز نتائج پیدا کرتے ہیں کیونکہ جب مریض یہ معلوم کرتی ہے کہ غذا ٹھہر سکتی ہے، تو اُس پر اتنا اثر پڑتا ہے اور اُس کی اتنی ہمت بڑھ جاتی ہے کہ بہت کم مزید ترغیب کی ضرورت ہوتی ہے، اور اصابت آئندہ فوری اور مکمل صحتیابی کی جانب ترقی کرتی ہے۔ ادویہ سے علاج شروع کرنا مناسب نہیں ہے، لیکن کبھی کبھی مارفیا کی قلیل خوراکیں جیسے ۱/۲ گرنہ علاج کے شروع میں دی جاسکتی ہیں۔ ایک ایفرونک برومائیڈ مکسچر (effervescing bromide mixture) = فوٹا برومائیڈ آمیزہ کا دینا مفید ثابت ہوتا ہے، خاص کر اگر اسے اطمینان دلا کر تجویز کیا جائے۔ اس کے مفید نتائج مسکن اور سائیکوٹھراپیوٹک (نفسی علاجی) دونوں قسم کے اثرات سے پیدا ہوتے ہیں۔

لیکن اگر یہ حالت زیادہ مدت کی ہو اور مندرجہ بالا اصولوں پر علاج کرنے سے جلد متاثر نہ ہوتی ہو، تو بعض مزید تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ غذا کے بدل میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) دینے کا طریقہ علاج اختیار کرنا چاہئے۔ ۴۸ گھنٹے کے واسطے منہ سے جملہ غذا دینا بند کر دینا چاہئے، اور مریض کو متقیمی مالچ جس میں ۱۰ فی صدی گلوکوز ہو دینا چاہئے، اور اگر انتہائی جستگی ہو تو طبی مالچ میں گلوکوز ۱ فی صدی محلول کی صورت میں، درون وریدی طور پر دیا جاسکتا ہے، اور چار گھنٹے کے وقفوں سے ۳۰ سی۔ سی دیا جاتا ہے۔ حال ہی میں انسولین (insulin) استعمال کی گئی ہے اور انسولین اور گلوکوز دونوں کے ذریعہ معالج کرنا نہایت ہی شدید اصابتوں میں کامیاب ثابت ہوا ہے۔ روزانہ اجابت کرنا ضروری ہے تاکہ تخلیل ہو کر معانی غشا، مخاطی میں خراش نہ پیدا ہو، مگر چونکہ دست آور ادویہ منہ سے نہیں دی جاسکتیں، اس لئے مریض کے ہیز (hips = نوضوں) کو اونچا کر کے ایک صابن اور پانی کا بلند حقنہ دینا چاہئے۔ عموماً ۴۸ گھنٹے کے بعد معمولی غذا کی طرف بتدریج لوٹانا چاہئے۔ کھانے میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) خوب ہونا چاہئے، مگر چربیوں کو خارج کر دینا چاہئے، جس کا یہ مطلب ہے کہ اس درجہ پر دودھ ہرگز نہ دینا چاہئے۔ اگر شکر گلوکوز (glucose) کے بجائے لیکٹوز کی شکل میں

دیجائے تو منہ سے کھالی جاتی ہے۔ براہِ مستقیم پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide) اور کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) کی بڑی خوراکیں دینے سے اکثر اوقات کامیابی ہوتی ہے اور یہ اشیاءِ مستقیمہِ مالح میں ملانا مفید ہوتا ہے۔ بہت سی دیگر ادویہ استعمال ہوتی ہیں اور ان کی حمایت کی گئی ہے جیسے ہسمتھ (bismuth)، مرفق ہائیڈروسیانک ایسڈ (hydrocyanic acid) کی خفیف خوراکیں، آکزا لیسٹ آف سیریم (oxalate of cerium) یا نیکی آف آؤڈین کی قطرہ قطرہ خوراکیں منہ سے دی جائیں مگر یہ امر متنبہ ہے کہ آیا ان کا کوئی اثر بھی ہوتا ہے لہذا اگر ان کو استعمال کرنا ہو تو ان کے ایذا دہی اثر کی وجہ سے استعمال کرنا چاہئے نہ کہ کسی اور وجہ سے۔

132

مذکورہ بالا رائے زنی اس امر کے متعلق بھی درست ہے کہ زیرِ جلدی طور پر منسل دینے سے خواہ یہ منسل حاملہ عورت سے حاصل کیا ہو یا گھوڑے سے کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ پرنسپس (مٹلف) نے میں مبتلا مریضہ کا منسل محافظہ خیموں سے خالی ہوتا ہے۔ لہذا جب کسی دوسری حاملہ عورت سے منسل حاصل کرنا ہو تو یہ عمل کے آخری ہیمینوں میں حاصل کرنا چاہئے جب کہ قے کا مرحلہ گزر چکا ہو۔ نیز پہلے آتشک کو خارج از بحث کرنے کے لئے تفتیش کر لینی چاہئے۔ زیرِ جلدی مقدار ۵ اسی۔ سی ہے جو کہ ۲۴ گھنٹے کے وقفوں سے دینی چاہئے اور ۷ خوراکیوں سے زیادہ نہ دینی چاہئیں کیونکہ استہمدانی مہلکہ کا اندیشہ ہے۔

علمائے شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے کہ ان میں سے کوئی پرزور تدبیر اختیار کی جائے۔ بہت سی مریضات کے لئے مستقیمہ اثرات کی بھی ضرورت نہیں پیش آتی۔ کامیابی کے لئے حسبِ ذیل چیزیں ضروری ہیں:۔ مریضہ کے گرد و پیش کا ماحول کیا ہے، طبیب مریضہ کا برتاؤ کیسا ہے، ایک فضا اس یقین اور اعتماد کی کہ وہ جلد صحتیاب ہو جائے گی اور علامات دوبارہ نہ پیدا ہوں گی۔

علاج بالعلمیہ۔ ممکن ہے کہ مندرجہ بالا طرز کا علاج کچھ سودمند نہ ہو اور مریضہ اتنی خستہ ہو جائے کہ حمل کا ختم کرنا ضروری ہو۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس تدبیر کی صرف شاذ و نادر ضرورت پڑتی ہے اور اسے صرف اس صورت میں اختیار کرنا چاہئے جبکہ دیگر حملہ طریقے بخوبی اور قرار واقعی طور پر پہلے انجام دیئے جا چکے ہوں۔ ان اصابہوں میں یہ فیصلہ کرنا

دشوار ہوتا ہے کہ امائد اسقاط کب کرایا جائے۔ اگر بہت جلدی کرایا گیا تو بسا اوقات یہ دیکھا جائے گا کہ یہ بلا ضرورت کرایا گیا ہے۔ لیکن اگر مریضہ بہت کمزور ہو جائے تو اس میں کبھی تاخیر نہ کرنا چاہئے، ورنہ ممکن ہے کہ عملیہ فائدہ پہنچانے کے بجائے مریضہ کے لئے مضر ثابت ہو۔

اسقاط کا امائد کرانے کے قبل طبیب کو چاہئے کہ غیسر ضروری ذمہ داری سے چھٹکا حاصل کرنے کے لئے ہمیشہ دوسرے طبیب سے مشورہ کرے۔ اسقاط ایتھر (ether) کے ذریعہ یا کلوروفارم (chloroform) کے سوا کسی دوسری دوا کے تحت کرانا بہتر ہے، کیونکہ کلوروفارم جگر کو اور بھی مضریت پہنچا سکتا ہے۔

تیسرے مہینہ کے اختتام سے پہلے اس طرح نہایت آسانی سے رحم کا تخلیہ کیا جاسکتا ہے کہ اغشیہ کو شق کر کے سروائیکل قنال (عنقی قنال) اور یوجائنا (مہبل) کا اصمام کر دیا جائے اور ارگٹ (ergot) دیا جائے۔ رحم کو فوراً خالی کرنے کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ سروکس (عنقی) کو موسعات سے شق کیا جاتا ہے اور بذریعہ کلاب ادوم (بیضہ) کو نکال لیا جاتا ہے۔

تیسرے مہینہ گزر جانے کے بعد رحم کو نہایت سلامتی کے ساتھ اس طرح خالی کیا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی ربر کی پٹیلی جو عقیم پانی سے تنی ہوئی ہو داخل کیجاتی ہے۔ یہ سخت خطرناک ہے کہ تیسرے مہینہ کے اختتام پر رحم کو خالی کرنے کی اس طرح کوشش کی جائے کہ سریع اتساع کر کے بیضہ کو کلاً یا جزاً کھینچا جائے۔ اس سے ممکن ہے کہ رحم آسانی سے شق ہو جائے اور مکمل طور پر خالی بھی نہ ہو۔

ان نہایت ہی شاذ و نادر اصابتوں مثلاً پرنشس (سلف) تے، اکیوٹ میلو اٹرونی آف دی لور (جگر کا شدید ذبول اصفر) میں کہ جن میں تیسرے ماہ کے اختتام کے بعد یہ ضروری ہے کہ رحم کو جلدی سے خالی کر دیا جائے، بہترین صورت یہ ہے کہ اگر عامل ماہر ہو تو سبز برین سلکشن (شکاف قیصری) یا ویرجائنل مٹریکیٹومی (مہبل رحم شکافی) انجستام دی جائے۔

حمل کا خطرناک یرقان

ایکٹ بیلوٹرونی آف دی لور (acute yellow atrophy of the liver) = جگر کا حاد و صفروں

یہ ایک نادر الوقوع لیکن نہایت خطرناک مرض ہے جو حمل میں یہ عید کی پیدا کر سکتا ہے۔ یہ دوران حمل میں کسی وقت واقع ہو سکتا ہے۔ بہت جلد یعنی چھٹے اور آٹھویں ہفتوں میں اس کی اصابتیں ہونا بیان کیا گیا ہے لیکن زیادہ عمومیت کے ساتھ یہ حمل کے آخری ماہ کے دوران میں یا پورے پیریم (peurperium = نفاس) کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوتا ہے۔ یہ حمل کے ساتھ مخصوص نہیں ہے اور مردوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مرضیات

جگر حسامت میں نمایاں طور پر اور بہ سرعت گھٹتا ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی ہی مدت میں اپنے اوسط وزن کے نصف سے بھی کم ہو جائے۔ اس کا کیمہ منظر میں جھری دار ہو جاتا ہے اور عضو معمول سے زیادہ نرم اور خشک تپتی ہوتا ہے۔ تراشے پر اس کی سطح زرد نظر آتی ہے جس میں نارنجی یا سرخ رنگ کے خطے ہوتے ہیں۔ ہر لو بیول (لختک) ایک سرخ مرکز اور ایک زردی مائل محیط رکھتا ہے۔

خرد بینی تراشیں بعض تغیرات ظاہر کرتی ہیں جو شدت مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ ضیف اصابتوں میں لو بیول (لختک) کا مرکزی حصہ تنخر ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ لو بیول (لختک) کے محیط پر خلیات کوئی غیر طبعی حالت نہ ظاہر کریں لیکن درمیانی خلیات شخی انحطاط ظاہر کر رہے ہوں۔ شدید اصابتوں میں کل لو بیول (لختک) ماؤف ہوتا ہے خلیات برباد ہو جاتے ہیں اور اُن کی بجائے ذراتی ریزوں کا ایک تو وہ پایا جاتا ہے اور صرف چند کبدی خلیات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مگر انٹر لو بیولر (بین لختکی) فضائیں پورٹل وائسلز (portal vessels = عروق بابی) اور بال ڈکٹس (bile-ducts = صفروں) قناتیں کوئی تغیر نہیں ظاہر کرتیں۔

گردوں میں انحطاط کا نمایاں ثبوت نظر آتا ہے اور کبھی کبھی تخر بھی ہوتا ہے بالخصوص کان وولیوٹڈ ٹیوبولز (ملف انابیب) کے خلا میں۔ گلامیرو لائی (گویک) اور

وہ غلایہ جو جمع کرنے والے ٹیوبولز (انابیب) کا استر بناتے ہیں، صرف خفیف طور سے متاثر ہوتے ہیں۔ امتحان بعد الموت پر مشاہدات بالکل ہی ہوتے ہیں جو ایکلیمپیا (انشاج) میں پک جاتے ہیں، مگر زیادہ شدید ہوتے ہیں۔

علامات

خواہ یہ کیفیت دوران حمل میں واقع ہو، یا پورپریم (نفاس) کے زمانہ میں علامات ایک ہی ہوتی ہیں۔

124

دوسرے بری اقام شناخت کی جاسکتی ہیں، حاد اور تحت الحاد۔
حاد شکل۔ اس میں علامات خوفناک سرعت سے شروع ہوتی ہیں۔ مریضہ جو پہلے اچھی صحت کی حالت میں معلوم ہوتی تھی، دفعتاً حاد درد شکم، سخت درد سر، شدید تھکاوٹ اور اسہال میں مبتلا ہو جاتی ہے۔ پھر جلدی سے اس پر ایک غنودگی یا ہڈیان کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور اس کے بعد جلد ہی قوما ہو جاتا ہے، جس میں بعض اوقات تشنجات خلل انداز ہوتے ہیں۔ مریضہ کو یرقان ہوتا ہے، قے اکثر اوقات خون آلود ہوتی ہے، اور قارورہ کی مقدار گھٹ جاتی ہے، اس میں البیوسن تمام اقسام کے کاربمز (سائٹک) اور اکثر اوقات خون ہوتا ہے، اور اس میں وہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جو ایکلیمپیا (انشاج) کی مریضوں کے قارورہ میں ہوتے ہیں۔ خارج شدہ یوریا (urea) کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ ایونیا کو فنٹ (قدرا یونیا) زیادہ ہو جاتا ہے، اور لیوسن (leucin) اور ٹائروسن (tyrosin) کی قلیں موجود ہوتی ہیں۔

تحت الحاد شکل۔ بعض اصابتوں میں مریض کا ممراتنا شروع نہیں ہوتا۔ پہلے اصابت مثل پری ایکلیمپٹک ٹاکسیمیا (پیش انشاجی نسیم دم) کے شروع ہوتی ہے، لیکن جلد ہی یرقان نمایاں ہوتا ہے۔ مریضہ بتدریج جامد الحس ہو جاتی ہے، اور اس پر قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور جگر کی جسامت میں بتدریج تخفیف کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔
 اگر اس کیفیت کا وقوع دوران حمل میں ہو تو مریضہ عموماً ایک مردہ جنین جنینی ہی۔ حاد شکل کی طرح اصابتوں کا یہ گروہ بھی عموماً ہلک ثابت ہوتا ہے۔

تشخیص

اس مرض کا اس وقت شبہ کرنا چاہئے جب ایک حاملہ عورت میں پریگنٹسی ٹاکسمیا (حملی نسیم دم) کی نمایاں شہادتوں اور ارتفاع پیش اور شدید اختلال عمومی کے ساتھ ساتھ یرقان ہو اور جگر کی جسامت میں تخفیف ظاہر ہو۔

اگر تشنجات واقع ہوں تو ایکلیمپسیا (انشجاج) سے تفریق تشخیص کرنا پڑتی ہے۔ یہ ہرگز ہمیشہ آسان نہیں ہوتی اس کے لئے یرقان کی شہادت اور کبدی اہمیت کی تخفیف پر بھروسہ کرنا چاہئے۔

ممکن ہے کہ حادثہ آغاز کی اصابتوں پر زہر خورانی کا مغالطہ ہو کیونکہ فاسفورس (phosphorus) اور ٹٹر اکلورائیٹھین (tetrachlorethane) کے نسیم میں شامل علامت موجود ہوتے ہیں اور اس کو خارج از بحث کرنے کے لئے مریضہ کی سرگزشت اور مسٹر صول کی حالت کی تحقیق کرنا چاہئے۔

یہ بھی ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ جب ولادت طویل کلوروفارم (chloroform) کی عدم حیثیت کے تحت ہوئی ہو تو مماثل کبدی ضررات اور یرقان موجود ہو سکتے ہیں۔

علاج

اگر مذکورہ بالا علامات دوران حمل میں واقع ہوں تو رجم کو جلد از جلد خالی کر دینا چاہئے۔ منجھ کی راہ سے یا براہ معائنہ مستقیم یا درون وریدی طور پر گلوکوز (glucose) اور القلیہ (alkalies = قلیات) دینی چاہئیں۔ ایکٹیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کا درون وریدی طور پر شراب کیا جاسکتا ہے۔

باب دوازدہم

حمل کے ٹاکسیمیا (تسمات دموی) (بلسلہ سابق)

ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمریج (toxæmic antepartum hæmorrhage) = تسم الدموی قبل الولادت (نزف)

”ایکسڈنٹل“ انٹی پارٹم ہیمریج (=accidental antepartum hæmorrhage) اتفاقی قبل الولادت نزف کی تسمیہ منور یقینی طور پر معلوم نہیں ہے اور یہ ایک خلاف قیاس امر ہے کہ تمام اصابتوں میں ایک مشترکہ علینی عامل اطلاق پذیر ہو۔ تاہم ان کا ایک گروہ ایسا ہے کہ جس میں نزف کبہرہ واضح طور پر ٹاکسیمک (تسم الدمی) علامات پائی جاتی ہیں، اس گروہ میں ایکسڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی بعض شدید ترین اصابتیں شامل ہیں۔ گاہے ”خفگی“ قسم کے شدید نزف کے باوجود ٹاکسیمیا (تسم الدم) کی کوئی بھی امارت نہیں پائی جاتی۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ٹاکسیمک (تسم الدموی) صفات کا غلبہ ہو جائے اور اصل نزف کی حیثیت خفیف سریری اہمیت کی رہ جائے۔ ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمریج (تسم الدموی قبل الولادت نزف) حمل کے آخری زمانہ میں اور بالعموم ۳۶ ویں ہفتہ کے بعد واقع ہوتی ہے۔ یہ لمبی پیرا (multipara = کثیر الولادت) میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایسے شدید بلیڈی اختلال کی علامات و امارات نظر آتی ہیں کہ خون کی ضائع شدہ مقدار اس سے کچھ نسبت نہیں رکھتی، گو کہ یہ ظاہر ہے کہ عا د عدم دمویت ان اصابتوں کی شدت میں اضافہ کر سکتی ہے۔ البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور نیز

اڈیا (تہج) عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ بعد الموت امتحان کرنے پر جگر اور گردوں میں تغیرات پائے جاتے ہیں، لیکن یہ وہی ہوتے ہیں جو کہ ایکلیپسیا (انشاج) میں پائے جاتے ہیں۔ گاہے نرف کے ہمراہ ایکلیپٹک (انشاجی) علامات دوران زندگی ہی میں پائی جاتی ہیں۔

ہلکے اصابتوں میں یا ان اصابتوں میں جس میں سیزیرین سیکشن (شکاف قیصری) یا ہسٹرکٹومی (hysterectomy = رحم براری) کے ذریعہ علاج کیا گیا ہو، بسا اوقات پری ٹوینل کیوٹی (کھفہ باریطونی) میں، اور براڈ لگامنٹ (broad ligament) = رباط عریض کی تہوں کے درمیان خون یا خون آلود سیال پایا جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ رحم کی سطح پر کے شقاقات میں سے نکلتا ہے۔ قطع نظر اس ریٹرو پلے سنٹل (retro-placental = پس مشیمی) اجتماع خون کے جو کہ رحمی کھفہ میں پایا جاتا ہے، عام طور پر رحمی عضلہ میں بھی اڈیا (تہج) آنکھڑ اور نرف کے رقبہ جات نظر آتے ہیں۔ یہہ رخنکی نزفات اور تخرات، مشیمی مقام کے قرب وجوار میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات ایک یا دوسری جانب محدود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے ہمراہ تناظر اوویرین وینز (ovarian veins = سر بیضی وریدوں) کی علقت پائی جائے۔

اس میں شبہ نہیں کہ نرف اور ٹاکسیمیا (تسم الدم) یکجا پائے جاسکتے ہیں، تاہم امراضیاتی واقعات کا صحیح ممر بہت کم واضح ہے۔ کوئی نوعی سم تو ہنوز ثابت نہیں کیا گیا، لیکن یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ ٹاکسیمیا (تسم الدم) ایک اولی عامل کی حیثیت سے وجود میں آتا ہے۔ یہ مفروضہ سبجاتی اور سریری شہادت پر مبنی ہے۔ اول الذکر شہاد غیر یقین آفرین ہے، کیونکہ یہ ثابت کرنا دشوار ہے کہ رحمی سم سے پیدا شدہ تخرات یا عرقی تغیرات کا رحمی نزفات ثانوی نتیجہ ہیں۔ اس طرح یہ بھی ضروری نہیں کہ البیوسن یوریا (البیوسن بوت) نرف سے پہلے واقع ہو۔

ایک دوسرے خیال کے مطابق بنیادی اور اولی عنصر یہ ہے کہ ماں کی دموی رید میں مداخلت ہو جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ سادہ میکانی عوامل سے پلیٹا (شیمہ) جدا ہو گیا ہو، یا اوویرین (بیضی) اور رحمی وریدیں، علقت تثنیٰ اور بلا واسطہ و باواسطہ مسدود ہو گئی ہوں۔ یہ نظریہ ٹاکسیمیا (تسم الدم) کی علامات کو، جو کہ ہمراہ پایا جاتا ہے،

ٹانوی پلینٹل انفارکشن (placental infæcts = مشیمی مفعات) کی خود پاشیدگی کے حاصل کا نتیجہ قرار دیتا ہے اور بڑی سبیل تشیل اس صدمہ کو پیش کرتا ہے کہ جو جسم کے باقی حصوں میں عضلہ کے بڑے بڑے رقبہ جات کو تضرر پہنچانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا درہے کہ یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس قسم کے صدمہ کا زیادہ تر سبب ہسٹامن (histamine) کا آزاد ہونا ہے۔ حالیہ تجرباتی تحقیقات سے یہ خیال سو جھاپے کہ پرگینسی ٹاکسیمیا (تسم الدم) کے مختلف مظہرات کا سبب ہسٹامن (histamine) یا ہسٹامن نما اجسام ہیں جو ضرور نہیں کہ مشیمی خود پاشیدگی سے پیدا ہوں۔

تجرباتی اور سریری نقیشت سے یہ خیال سو جھاپے کہ ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمریج (تسم الدم فی قبل الولادتی نزف) کی اکثر اصابتوں میں اولی تسبیی عالٰی مزمن التهاب گردہ ہے۔ لیکن یہ اقرار کرنا پڑتا ہے کہ خواہ حملہ سے پہلے یا صحتیابی کے بعد مزمن التهاب گردہ کا کوئی ثبوت نہیں پایا جاتا۔ آخریہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ مخفی نزف سے رحم کا حجم بڑھ جانا، درون شکمی دباؤ کو جو کہ پہلے ہی زیادہ ہوتا ہے اور زیادہ کر دیتا ہے جس سے جگر اور گردوں کے وظائف متاثر ہوتے ہیں۔ اس نظریہ کے مطابق ٹاکسیمیا (تسم الدم) ٹانوی ہے اور کئی اخراج کا نتیجہ ہے۔ اس بیان پر ایک سخت اعتراض یہ ہے کہ ایڈینٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) ملٹی پرینی (کثرت ولادت) کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ مشاہدہ کردہ بہت سی اصابتوں میں پیٹ کا ڈھیلا ہونا بظاہر یہ ثابت کرتا ہے کہ دباؤ کا عال اس سلسلہ میں بالکل اہمیت نہیں رکھتا۔

خوش قسمتی سے انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) کا علاج اس سے زیادہ مستحکم بنیاد پر قائم ہے کہ جتنا مذکورہ بالا تسبیی مفروضات سے نظر آتا ہے۔ سریری خصوصیات اور معالجاتی داعیات کسی آئندہ باب میں پیش کئے جائیں گے۔

خفیف ستمی مظاہر

دستور ہے کہ اس عنوان کے تحت خفیف اہمیت کی کچھ کیفیات شامل کی جاتی ہیں جو دوران عمل میں واقع ہو سکتی ہیں۔ اکثر اوقات یہ بیان کیا جاتا ہے کہ وہ کسی معکوس سبب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں، لیکن یہ یقینی طور پر معلوم نہیں ہے کہ یہ بیان صحیح ہے، کیونکہ ایسی اصل کا کوئی معین ثبوت پیش نہیں کیا گیا۔ مزید برآں اس رائے کی تائید میں

شہادت جمع ہو رہی ہے کہ ممکن ہے کہ یہ کسی نوعیت کے ٹاکسیمیا (تسمم دم) کے مظاہر ہوں۔
خارش (pruritus) - یہ دو اقسام میں واقع ہو سکتی ہے۔ پہلی قسم میں علامات ولوا (فرج) کے خط تک محدود ہوتی ہیں۔ یہ دوران حمل میں کثیر الوقوع ہوتی ہیں اور صرف تناؤ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے کہ وہ کوئی شدید اختلال پیدا کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ ولوا (فرج) کی وریدیں ویری کوکس (دوالی نما) ہوں۔ دوسری قسم میں خارش محدود مقام نہیں ہوتی بلکہ کسی حصہ جسم یا تمام جسم پر پھیلی ہوئی ہے۔ یہ زیادہ نادر الوقوع قسم ہے اور ممکن ہے کہ اس کی خارش اتنی تکلیف دہ ثابت ہو کہ نیند جاتی رہے اور عام صحت کو نقصان پہنچے۔ عموماً جلد کوئی ایسا ضرر نہیں ظاہر کرتی جس سے کہ ناقابل برداشت خارش کی توجیہ ہو سکتے، لیکن بعض مثالوں میں ایری تھمیٹیس (erythematous = احراری) یا ایگزیمٹس (eczematous) قسم کے طفحات موجود ہوتے ہیں۔

علاج

ایسی تمام اصابتوں میں گلوکوز کی موجودگی کے لئے قارورہ کی تحقیق کرنا چاہئے۔ لیکٹوز کی موجودگی اہم نہیں ہے (دیکھو ذیابیطس)۔ محدود مقام قسم حمل کے علاوہ کسی دیگر مقامی کیفیت مثلاً ایک ویجائنل (مہلی) مواد کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ اگر مواد پیپ دا ہے تو اسی لحاظ سے اس کا علاج کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 192) مگر ممکن ہے کہ معمولی مہلی ہو جو سرد کس (عنق) کے غدودوں سے مانوڈ ہوتا ہے زیادہ ہو جائے جو کہ دوران حمل میں بڑھی ہوئی عرقیت کی وجہ سے غیر عام نہیں ہے۔ حمل کا لحاظ کرتے ہوئے حاسب ویجائنل ڈوش (vaginal douche = مہلی نطول) کا نہ استعمال کرنا زیادہ عملندی ہے اور اس کیفیت کا بہترین علاج یہ ہوتا ہے کہ ماکوف حصوں کو حتی الامکان خشک رکھا جائے۔ ہائیڈروسیانک ایسڈ لوشن (hydrocyanic acid lotion = ہائیڈروسیانک ترشہ کا غسل) ایک ادش پانی میں اس کے ۱-۱۰ نم (بوند) کاربالک ایسڈ لوشن (carbolic acid lotion = کاربالک ترشہ کا غسل) (بجہ) یا کیلول آئٹ منٹ (calomel ointment = مہم کیلول) (ایک ادش لینولین (lanoline) یا وسلین (vaseline) میں اس کے ۳ گریں) کے استعمال سے یا ویجائنل (مہلی) کے دفع سرایت سے یہ علامت رفع کی جاسکتی ہے۔ عمومی شکل میں مریضہ کو

مسکن اعصاب اور یہ دینا چاہئے، جیسے امونیم (ammonium) یا سوڈیم (sodium bromide) اور جلد کو کاربائلک لوشن (کاربائلک غسل) میں ترکیب کیا جاسکتا ہے۔ ارٹی کیریا (urticaria = شری) کی اصابتوں میں کیلشیم (calcium) دینا نفع بخش ثابت ہوا ہے۔ اگر خارش کی مریضہ کو بخینے کے ساتھ دودھ کی غذا پر رکھا جائے تو فائدہ ہوتا ہے۔ بعض شاذ و نادر مثالوں میں جبکہ مریضہ نے بخوابی کے سبب سے خستگی اور عصبی بار کے امارات ظاہر کئے ہیں، یہ ضروری معلوم ہوا ہے کہ حمل کو پیش از میعاد منقطع کر دیا جائے (دیکھو امراض نسوان کی جلد میں ”خارش“ کی فصل)۔

سیلیوشن (salivation = کثرت ریق)

دورانِ حمل میں اکثر اوقات لعاب کی مقدار میں بیشی واقع ہوتی ہے۔ کثرت افراز کی دیگر اشکال جو دیکھی گئی ہیں وہ سوٹنگ (sweating = تعریق) اور لیکریمیشن (lacrymation = تمدح) ہیں۔ ممکن ہے کہ حمل کی پیچیدگی زچہ کے لئے نہایت تکلیف دہ ثابت ہو۔

سیلیوشن (کثرت ریق) بالعموم حمل کے ابتدائی حصہ میں واقع ہوتی ہے، اور بلحاظ زمانہ صبح کی قے کے بعد ہوتی ہے۔ مابعد کے حمل میں علامات کے دوبارہ واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ افراز کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ انتہائی مقدار ہو چنانچہ ایسے واقعات مندرج ہوئے ہیں جن میں ۵۰۰ سی سی حتیٰ کہ ۶۰۰ سی سی ۲۴ گھنٹہ کے اندر نفٹ کیا گیا ہے۔

مریضہ پر اس کے اثرات تکلیف دہ ہوتے ہیں، نہ صرف علامات کی ناخوشگوار کی وجہ سے، بلکہ اس لئے بھی کہ وہ نہایت مسلسل طور پر بے چین رہتی ہے۔ جسم کے سیال کے نقصان کی وجہ سے وزن میں سرعت کمی واقع ہو سکتی ہے، حتیٰ کہ ایک ہفتہ میں ۲۹ پونڈ وزن کی کمی دیکھی گئی ہے۔

علاج یہ ہے کہ مریضہ کو کوئی کھلی کرنے کی حابس دوا دی جائے، جیسے کفی پائنٹ ایک ڈرام الیم (alum = پھنگری)۔ اندرونی طور پر بیلاڈونا ایکسٹریکٹ (belladonna extract) اور تھائرائیڈ ایکسٹریکٹ (thyroid extract = خلاصہ درقیہ) ہر ایک

اگرین دن میں دوبار دینے سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تدابیر ناکام ہوں، اس صورت میں مریضہ کو صرف دودھ کی غذا دینا مناسب ہے۔

ہرپیز جیشٹن (herpes gestationis = **نملہ حمل**)۔ اس جلدی مرض کو جو حمل کے ساتھ مخصوص ہے، اب ٹاکسک نیورائٹس (toxic neuritis = سمی الہتایب) کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ یہ ایک ہی مریضہ کے متوالی حمل میں واقع ہوتا دیکھا گیا ہے۔ مریضہ خارش اور جلن کی شکایت کرتی ہے جو بعض اوقات ناقابل برداشت ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے طفو سرینوں اور ٹانگوں پر ظاہر ہوتا ہے، اور بالآخر جسم کے دیگر حصوں کو متاثر کر سکتا ہے۔ لطفہ ایک کثیر الاشکال صفت اختیار کرتا ہے اور ہرپیز (herpes = غلات)، ایری تھیٹس (erythematous = احمراری)، چکیتوں (پیپولز = papules = بثور)، پیچولز (pustules = قاضحات)، اور بلی (bullae = فقاعات)، کے طور پر جماعت بندی ظاہر کرتا ہے، جو کہ بلا امتیاز نمودار ہوتے ہیں۔ ہرپیز جیشٹن (herpes gestationis = نملہ حمل) کا حل پر کوئی اثر نہیں ہوتا، لیکن خارش سے بے خوابی پیدا ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ مریضہ کو خستہ کر دے۔

علاج

داخلی طور پر ایک آمیزہ دینا چاہئے جس میں ہائپوفاسفٹس (hypophosphites) سم الفاز اور فولاد شامل ہو، اور مقامی طور پر بسمتھ (bismuth) اور نشاستہ کاسفوف یا کاربولک ایسڈ یا سیماک کے لوشن (lotion = غسول) لگانا چاہئیں۔

مختصر بیان

حمل کے مختلف فسادات "ٹاکسمک" (سم الہوی) کہلاتے ہیں، گو کہ اس کے یہ معنی نہیں کہ وہ کسی مشترکہ علتی عامل کا نتیجہ ہیں۔ اس کے برعکس، ابھی تک کوئی نوعی سم ثابت نہیں کیا گیا، گو کہ بسا اوقات ایک نوعی سم فرض کر لیا جاتا ہے۔ متعدد مفروضات کا محقق ساؤگر کیا جا چکا ہے، لیکن ان میں سے کوئی بھی ایسا نہیں جو ہمہ گیر طور پر اطلاق پذیر ہو۔ ہائپوٹھیمیس گریوڈیم (حمل کا انتقراغ شدید) کے امراضیات اور معالجہ ایک معقول

بنیاد پر قائم کروئے گئے ہیں۔ تاہم ایکلیمپسیا (انشناج) کی تسبب ہنوز پر وہ تاریکی میں ہے اور اسی طرح انہی پارٹیم ہیوج (قبل الولادت کی نزف) کی بھی۔ ان موخر الذکر حالتوں کا علاج مذکور میں نسبتاً تسلی بخش ہے، لیکن یہ سہری تجربہ پر مبنی ہے، نہ کہ کسی سائنٹفک نظریہ پر۔ ہائپریمیس گریوڈیریم (حمل کا استفرغ شدید) یا حمل کی مواطبہ فیہ میں علتی عوامل زیادہ تر نفسیاتی ہوتے ہیں۔ اس مرض کے خراب اثرات اور مشاہدہ کردہ حیاتی کیمیائی انحرافات تقریباً تمام تر کاربوہائیڈریٹ کے تجوے کا، اور اسس ڈی ہائیڈریشن (نابیدگی) کا جو کہ مسلسل فتنے اور تخفیف درآمد سے پیدا ہوتی ہے، نتیجہ ہوتے ہیں۔ تاہم یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ اس عارضی تسلی اور فتنے کے اولیٰ سبب کے متعلق جو کہ ماسم طور پر نقل کے اسناد تین درجہ کی خصوصیت ہے، ہنوز بہت عدم یقین پایا جاتا ہے۔

ہائپریمیس گریوڈیریم (حمل کا استفرغ شدید) کا علاج، سادہ نفسیاتی معالجاتی تدابیر پر اور نیز ایک یا دوسرے ذریعہ سے کاربوہائیڈریٹیز اور سیالات دینے پر مشتمل ہے۔ غفلت یا ناسلی بخش علاج تشویشناک بلکہ مہلک نتائج تک پیدا کر سکتا ہے۔ حمل کا اختتام کرنے کی ضرورت نہیں پڑنی چاہئے، الا کسی ایسی اسباب میں جان بچانے کے لئے جس میں ابتداء غفلت برتی گئی ہو۔ افسوس کہ لفظ ٹاکسک (سمی) کا بجا استعمال کرنا بعض اوقات زمانہ ماضی میں مزید فاقہ کشی کے ذریعہ علاج کرنے کا خیال سو جھاتا تھا۔ سوائے اس صورت کے کہ قے آخری زمانہ میں شروع ہوئی ہو اور ایکلیمپٹک (انشناجی) حالت کی علامت ہو، اس طرح علاج کرنے کی قطعی ممانعت کی جاتی ہے۔

حیاتی کیمیائی مشاہدات سے ایکلیمپسیا (انشناج) کی تسبب پر کچھ روشنی نہیں پڑی۔ اس مرض کی اسبابوں میں جن میں پہلے سے البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہوتا ہے، مضبوط مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی ٹھیک ٹھیک اہمیت اور اصل منبع مشکوک ہے۔ حمل کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے بعد التهاب گردہ شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ لیکن البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر مرلیضہ کی نہایت احتیاط سے نگرانی اور علاج کرنا چاہئے، تاکہ ایک تو ایکلیمپسیا (انشناج) کا اور دوسرے مشتعل کلوی نقصان کا خطرہ دور کیا جاسکے۔

اب یہ تسلیم کیا گیا ہے کہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) متوالی حمل میں عود کرنے کا

رجحان رکھتا ہے۔ جن اصابتوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) باوجود علاج کے بہت عرصہ تک قائم رہے، ان میں ادنیٰ مدت جبکہ پری ایکلمپسیا (انشناجی) علامات نمودار ہوں، حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔

قریب الوقوع ایکلمپسیا (انشناج) کی سب سے اہم معروضی امارت، فشار خون کا ارتقاء ہے۔

قائم شدہ ایکلمپسیا (انشناج) میں اخراجی مسکن، اور کلی تدابیر اختیار کرنے پر بحث کی جا چکی ہے۔ ایکلمپسیا (انشناج) ایک ایسا مرض ہے جو کہ تحریر پذیر ہے۔

انٹی پارٹم ہیمرتج (قبل الولادتی نزف) کی اصابتوں اور بالخصوص زیادہ شدید قسم کی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا ہے کہ جس میں نزف کے ہمراہ ٹاکیہک (تسم الدہوی) علامات قطعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ لیکن امراضیاتی واقعات کی صحیح ترتیب زمانی ہنوز کامل طور پر سمجھ میں نہیں آئی۔

باب سیزدہم

حامل رحم کی ڈس پلےس منٹرز (displacements = غیر وضعیتیں) رٹرو فلیکشن (retroflexion = پس خمیدگی) اور رٹرو وژن (retroversion = پس گردی)

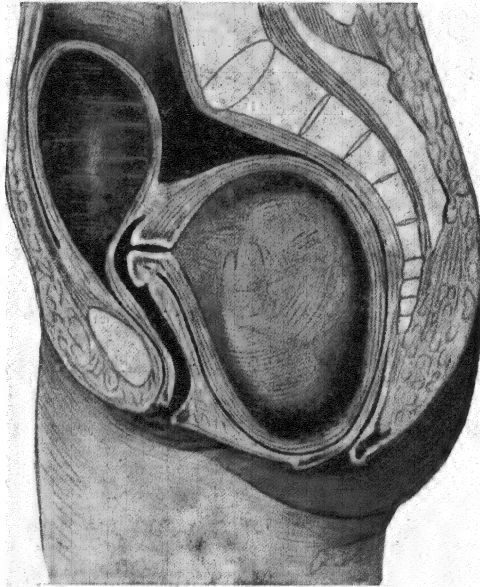
رحم کی رٹرو ڈس پلےس منٹ (retro-displacement = پس غیر وضعیت) حمل پر ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ رٹرو ڈس پلےس (retrodisplaced = پس غیر وضعیتی) رحم اور خاص کر اس کی خلقی قسم میں حمل باسانی واقع نہیں ہوتا۔ اس کی وجہ ٹھیک طور پر معلوم نہیں ہے شاید عضوی محض مقابست نہیں بلکہ کوئی اور متلازم نہوی نقص اس کا سبب ہے۔ ان میں سے چند مثالوں میں فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپین انبویوں) کے تنگی سے پیدا شدہ سد ثابت کیا گیا ہے (دیکھو امراض النساء - "عقم") جب اس قسم کی رٹرو ڈس پلےس منٹ (پس غیر وضعیت) میں حمل واقع ہوتا ہے تو بااوتنا جلد ہی ایبارشن (استقاط) ہو جاتا ہے۔

رٹرو وژن (پس گردیدگی) کی اکتسابی قسم میں عقم کا اور جلد ایبارشن (استقاط) ہو جانے کا رجحان کم نمایاں ہوتا ہے اور ایبارشن (استقاط) کا وقوع بظاہر جسم کی مقابست کا نہیں بلکہ رحم میں ان متلازم تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ سب انووولوشن (حکش ناقص) یا خفیف درجہ کی سرایت سے خاص ہیں۔ ایبارشن (استقاط) خواہ کیطرح بھی واقع ہو، خلقی اور اکتسابی دونوں قسم کا رٹرو وژنڈ (پس گردیدہ) رحم حاملہ ہو سکتا ہے

رو نما ہوتا ہے، مثلاً کی دیواریں متہجج اور دبیز ہوجاتی ہیں، غشاء مخاطی گنگرین زدہ ہوجاتی ہے اور مجھری البول میں سے جزوی یا مکمل طور پر خارج ہوجاتی ہے۔
معائناتی خط کا مسدود ہونا عام نہیں ہے، اگرچہ معائناتی قسم پر دباؤ پڑنے سے یہ کبھی کبھی وقوع پذیر ہوتا ہے۔

تشخیص

اگر حمل کے تیسرے مہینے کے اختتام کے قریب، یا چوتھے مہینے میں، وظیفہ مثلاً کا



تصویر ۲۸۔ انکار سٹڈ ریٹروٹڈ (مقید پس گردیدہ) حامل رحم جو کہ اعتباراً بول ظاہر کرتا ہے۔

رحم کا جسم سیکم (عجز کی پرومانٹری) (promontary = طنف)
سے نیچے انکار سٹڈ (مقید) ہے۔ سروکس (عق) اور پوکو چا گیا
ہے جس سے یورینٹھرا مبال بلویل ہو گیا ہے۔

اختلال پایا جائے، تو رحم کی ریٹروڈس پلیس منٹ (پس غیر وضعیت) کے اسکان کی طرف توجہ
مبذول کرنی چاہئے۔ لیکن یہ پیشاب نکلنے میں دفعتاً اور مطلق رکاوٹ ہو، یا خفیف سلس البول

کے ساتھ تو اترتبول کی شکایت کی جائے۔ ممکن ہے کہ در وقت قطعاً نہ ہو، یا شکم کے زیریں حصہ اور پیٹھ میں درد محسوس ہو۔

شکم پر سے متعدد مثانہ ایک نرم اور تموجی سلعہ کی صورت میں شناخت ہوگا جب ایک قشاطر داخل کیا جاتا ہے تو سلعہ غائب ہو جاتا ہے اور بول کی ایک مقدار نکال لی جاتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تمد بہت زیادہ درجہ کا ہو سکتا ہے، حتیٰ کہ ۱۰ پائونڈ تک پیشاب نکالا گیا ہے۔

وہ بچاؤ (ہیبل) میں اگر انگلی داخل کرنے کی کوشش کی جائے تو غیر معمولی دقت محسوس ہوتی ہے، کیونکہ ایک چکنے لچکدار ورم کی وجہ سے جو عجز کے گڑھے میں ٹھکن ہوتا ہے، عقبی و بچاؤ (ہیبل) دیوار آگے کی جانب سر کی ہوئی ہوتی ہے۔ اس ورم کو دیکھنے پر یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دراصل رحم ہے اور اگر اس کے سروکس (عنق) کو تلاش کیا جائے، تو یہ سمفنز بیو بزر (ارتفاع عانہ) کے عقب میں بلندی پر پایا جاتا ہے، یا بعض صورتوں میں متعین انگلی اس تک بالکل نہیں پہنچ سکتی۔ وہ حالت کہ جس پر اس کا منالطہ ہونے کا سب سے زیادہ احتمال ہے، پسٹلوگ ہیپیوسیل (حوضی قیلہ و مویہ) ہے۔ ممکن ہے کہ روداد سے قیمتی مدد حاصل ہو، لیکن تشخیص کو یقینی بنانے کے لئے صرف یہ جاننے کی ضرورت ہے کہ موخر الذکر صورت میں ایک نرم تودہ کے سامنے خفیف سا کلائی یافتہ رحم پڑا ہوتا ہے، در حالیکہ ایک ریٹروورٹڈ (retroverted = پس گردیدہ) حامل رحم کی صورت میں رحم خود کلائی یافتہ اور ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) ہوتا ہے اور اس کے سروکس (عنق) کا رخ سمفنز بیو بزر (ارتفاع عانہ) کی جانب بلندی پر ہوتا ہے، بلکہ بوجہ غطسیم ڈس پلیس منٹ (غیر ضمیمیت) کے جس کرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ ایک دوسری عام حالت جو متشابہ علامات پیدا کرتی ہے رحم کی عقبی دیوار میں فائبرائڈ (لیفی سلعہ) کی موجودگی ہے، اور اگر اس کے ساتھ ساتھ حل بھی ہو تو اکثر اوقات تفریقی تشخیص میں نہایت حتمی وقت پڑتی ہے۔ اگر ایک واحد انٹرمشئل فائبرائڈ (interstitial fibroid = بین رخنکی سلعہ لیفیہ) ہو تو وہ رحم کی تشاکل کلائی پیدا کرتا ہے اور حمل کے دوران میں یہ فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) بیشتر اوقات نرم ہو جاتا ہے۔ لیکن چونکہ اس کیفیت کا اور ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم کا علاج استنظار کی ہے اس لئے تفریقی تشخیص کی کوئی زیادہ عملی اہمیت نہیں ہے۔

علاج

(۱) احتباس بول واقع ہونیسے پہلے

رحم کی توضیع کی جاسکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دست و رزانہ مداخلت سے ایبارشن (استقاط) ہو جانے کا احتمال ہے لہذا اس کے لئے مارفیا (morphia) کا اشتراک دینا چاہئے۔ لیکن اگر توضیع نہ کی جائے، تو پھر علامات نہ ہونے کی صورت میں رحم کو مزید بالکل نہ چھیڑنا چاہئے، کیونکہ اس امر کی قوی امید ہے کہ حمل کے تیسرے اور چوتھے مہینوں کے درمیان ڈس پلےس منٹ (غیر وضعیت) خود بخود درست ہو جائے گی۔

البتہ مریضہ کو اُس وقت تک زیر مشاہدہ رکھنا چاہئے اور اس کو اس زمانہ کا معتد بہ حصہ پرون (prone = کمبوب) یا سیمی پرون (semiprone = نیم کمبوب) میں گزارنے کا مشورہ دینا چاہئے۔

یہ مشورہ ایبارشن (استقاط) کا خطرہ گھٹانے کے لئے مفید ہے اور مذکورہ بالا وضع قدرت کو ڈس پلےس منٹ (غیر وضعیت) کی ترجیع کرنے میں مدد دیتی ہے، چنانچہ یہ ترجیع انکار سریشن (تقید) کی علامات ظاہر ہونے سے پہلے ہی واقع ہو جاتی ہے۔

(ب) احتباس البول لاحق ہو چکنے کے بعد

اگر کسی عضو کے علاج کی ضرورت ہے تو وہ مشانہ ہے نہ کہ رحم۔ یعنی رحم کی غیر وضعیت صرف اسی قدر اہمیت رکھتی ہے کہ وہ زیادہ یا کمتر مدت کے لئے مشانہ کی فعالیت میں اختلال پیدا کرتی ہے۔ اگر احتباس البول رفع نہ کیا جائے تو الہتباب مشانہ کا خطرہ ہے۔ ہر آٹھ گھنٹہ کے بعد بذریعہ قشاطر مشانہ کو خالی کرنا چاہئے، اور مریضہ کو بستر میں زیادہ تر سیمی پرون (نیم کمبوب) وضع میں رکھنا چاہئے۔ عموماً یہ کافی ہوتا ہے، اور رحم خود بخود اونچا ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر خود بخود ارتفاع واقع نہ ہو، تو اس کے بعد رحم کی توضیع کرنے کی کوشش کرنا چاہئے۔ اگر ضرورت ہو تو سروکس (عنق) کے اگلے لب پر ویسلیم فارسپز (volsellum forceps = مناشی کلاب) کے ذریعہ امدادی ٹرکیشن (traction = جر)

لگایا جاسکتا ہے اور یہ دست و زریاں یعنی کوئی چپٹ (knee-chest = کبھی صدری) وضع یا سمس (Sims) کی بتائی ہوئی وضع میں رکھ کر کی جاسکتی ہیں، ممکن ہے کہ این اسٹیمٹک (معدہ جس) دینے کی ضرورت ہو۔ جب رحم اپنی جگہ پر جائے تو ایک رنگ پییری (ring pessary = حلقہ نما فرزجہ) لگائے رکھنا چاہئے یہاں تک کہ ریٹروڈس پلیس منٹ (=retrodisplacement) پس غیر وضعیت) کے وقوع کا کوئی امکان باقی نہ رہے، مثلاً پانچویں مہینہ تک۔ اگر یہ تدابیر کامیاب نہوں تو مریضہ کو بستر پر رکھنا چاہئے اور مشانہ کو مقررہ اوقات پر خالی کرنا چاہئے۔ اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ رحم خود بخود بھی اوپر نہیں جاتا اور نہ اس کو ڈھکیلا جاسکتا ہے تاہم مریضہ جلد مشانہ پر قابو یا اختیار حاصل کر لیتی ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو وہ صورت حال جو کہ خطرناک تھی ختم ہو جاتی ہے۔ اگر مریضہ کا وقتاً فوقتاً امتحان کیا جائے تو اغلباً یہ پایا جاتا ہے کہ اگرچہ رحم کی ایک جیب اب بھی پیلیوس (حوض) کے گڑھے میں واقع ہے تاہم یہ سوس ہوتا ہو کہ بڑھتا ہو، رحم شکم میں بند و بچ بلند ہوتا جاتا ہے اور جلد یا بدیر جیب غائب ہو جاتی ہے جس کے بعد رحم اپنی طبعی وضع میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت بہت دیر میں یعنی وضع حمل کے پہلے مرحلہ کے دوران میں واقع ہو۔

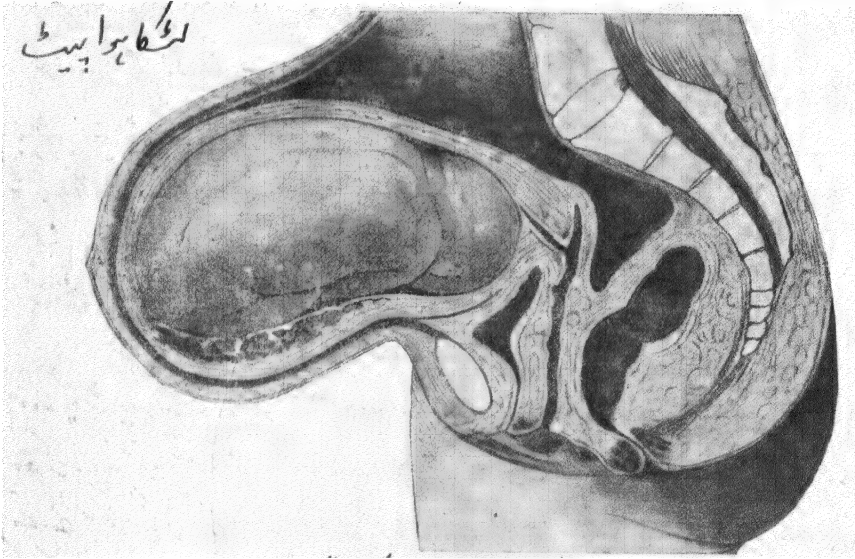
زمانہ سابق میں ایبارشن (استقاط) کا امالہ کرانہ کی سفارش کی جاتی تھی، لیکن یہ انتہاب مشانہ کی شدید اصابتوں میں بھی شاذ و نادر ہی مناسب ہوتا ہے۔ یہ بھی تجویز کیا گیا ہے کہ رحم کو ان فرضی انضمامات سے جو اسے پیلیوس (حوض) میں باندھ رہتے ہیں آزاد کرنے کے لئے شکم شکنائی کرنی چاہئے۔ اس طریقہ علاج کے بیان کرنے کی ضرورت اس لئے نہیں کیونکہ اوہیرنٹ (=adherent = منضم) رحم کے حاملہ ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے۔

انٹی فلیکشن (=anteflexion = پیش خمیدگی) اور اینٹی ورشن (=anteversion = پیش گردیدگی)

ایک غیر حامل رحم کی طبعی وضع، اینٹی ورشن (پیش گردیدگی) اور خفیف اینٹی فلیکشن (پیش خمیدگی) کی ہوتی ہے۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں اس وضع کی خفیف تشدید کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتی۔ موخر مہینوں میں اگر شکمی دیوار کا سہارا نامکمل ہو یا اگر پیلیوس (حوض) کا انقباض کافی درجہ تک ہو تو ممکن ہے کہ فنڈس یوٹرائی (تقریر رحم) سیدھا آگے کو گر جائے اور شکم غیر معمولی طور پر ابھر جائے۔ اس حالت کو ”پینڈولس بیلی“ (=pendulous belly)

لٹکا ہوا پیٹ) کہتے ہیں۔
 پینڈولس بیلی (لٹکے ہوئے پیٹ) کی وہ قسم جو کہ شکمی دیواروں کی بے منشی اور غیر
 معمولی کھینچاؤ کا نتیجہ ہوتی ہے، دوران حمل میں سخت تکلیف پیدا کرتی ہے اور وضع حمل میں وقت
 کا موجب ہوتی ہے۔

دوران حمل میں اس کا علاج یہ ہے کہ ایک موزوں پرگینسی کارسٹ (corset) یا
 سہارک لگا دیا جائے جس کا نقطہ مثبت لمبوسیکرل سپائن (lumbo-sacral spine =
 قطنہ عجمی شوکہ) سے لیا جائے۔



تصویر ۲۹۔ حامل رحم کی اینٹی ورسن (پیش گردیدگی) اور لٹکا ہوا پیٹ
 دوران وضع حمل میں ایک مضبوط شکم بند جس کے ساتھ جانبی گدیاں ہوں یا نہ ہوں،
 لٹکانا چاہئے اور وضع حمل سرانجام دیتے وقت مریضہ کو پشت کے بل لٹا کر رکھنا چاہئے، یہاں تک
 کہ پریزننگ (تطریقہ) حصہ پیلوک کیومیٹی (حوضی کہنہ) کے اندر داخل ہو جائے۔ اس سے
 رحم کا ناقص محور درست ہو جائے گا اور انقباضات صحیح سمت میں فعل کر سکیں گے۔ شکمی عضلات
 کی امداد کا فقدان دوسرے مرحلہ میں محسوس ہوتا ہے، جبکہ کلابی ولادت کی ضرورت پڑ سکتی
 ہے۔

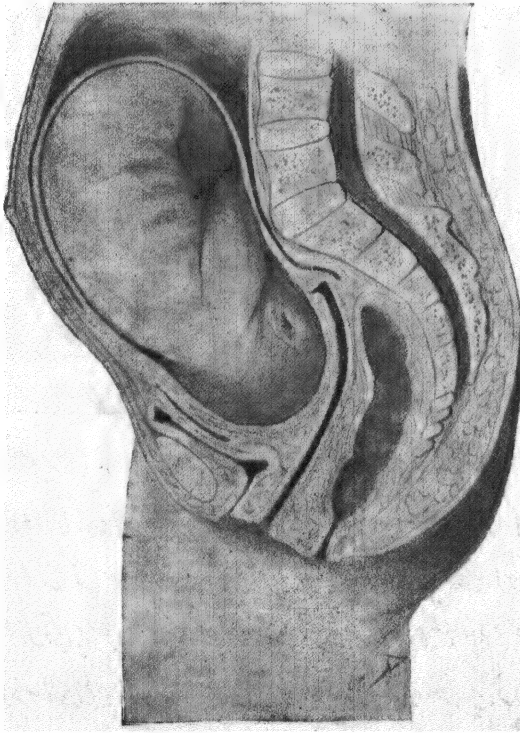
اگر پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) کا ٹریکنڈ پیلوس (منقبض حوض) یا شوکی تشوہ

مثلاً سخت کائی فوسس (kyphosis = تسنم) یا سکیولیوسس (scoliosis = التواء) کا نتیجہ ہو تو اس کی خاص اہمیت یہ ہے کہ یہ حمل کے زمانہ آغاز ہی میں اس امر کی طرف توجہ دلاتا ہے کہ کوئی سخت تشوہ موجود ہے، جو آنا سخت ہے کہ شدید عدم تناسب پیدا کر سکتا ہے اور علاج کرنے کی صورت میں دشوار وضع حمل کا سبب ہو سکتا ہے۔

حاملہ رحم کی سکیولیشن (sacculation = تاج چکی)

رحم کی سکیولیشن (تاج چکی) اس طرح واقع ہوتی ہے کہ مقدمی یا عقبی رحمی دیوار غیر متناسب طور پر پھیل جاتی ہے جس سے سرو کس (عنق) سے ذرا اوپر مقدمی یا عقبی فارنکس (قبوہ) میں ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں سے عقبی تاج چکی اپنے آپ کو درست کرنے کی ایک تعجب انگیز

185



دبا ہوا پیٹ

فقیر ۳۔ حامل رحم میعاد پر۔۔ ونٹرل فیکشن (= ventral fixation) تثبیت البطن کے بعد مقدمی سکیولیشن (تاج چکی) بتاتا ہے۔ ایکسٹرنل اس (بیرونی رحم) پیچھے بہت بندی پڑاؤ ریکل پر مائٹری (عجری طغ) سے ذرا نیچے واقع ہے۔

قوت رکھتی ہے، خواہ یہ حمل کے چار مہینوں میں ہی دریافت ہو جائے، خواہ جیسا کہ گاہے گاہے ہوتا ہے یہ بہت عرصہ تک یعنی وضع حمل کے آغاز تک قائم رہے۔

پہلے چار مہینوں میں عقبی سیکولیشن (تاہیکی) پر بالعموم حامل رحم کی ریٹرو فلیکشن (پس خمیدگی) کا دھوکہ ہوتا ہے۔ وہ سیکولیشن جو کہ میساؤ تک قائم رہتی ہے، چونکہ آغاز وضع حمل پر محو ہو جائے، کارجمان رکھتی ہے، لہذا شدید تداہیر ٹلائیزیرین سکیشن (شکاف قیصری) پر عملد رآمد کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت ہوتی ہے، الا اس صورت میں کہ ایک آزمائشی وضع حمل کے بعد بھی ابھار قائم رہے اور مسدود وضع حمل ناگزیر معلوم ہو۔

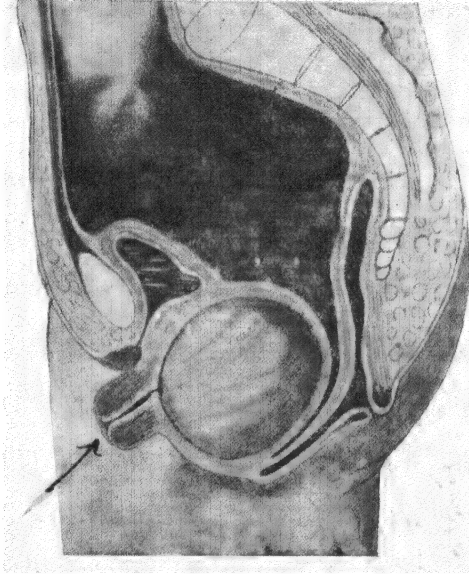
اس مضمون پر بحث کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بہت سے موقعوں پر وضع حمل میں اس لئے خطرناک رکاوٹ پیدا ہو گئی ہے کہ ایک ریٹرو وورٹڈ (پس گردیدہ) رحم سے پیدا شدہ علامات کو رفع کرنے کے لئے فزٹل فلکیشن (تثیت البطن) عمل میں لائی گئی، اور اس رحم میں بچہیں حمل قسرا پایا۔ انضمام کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحم کی اگلی دیوار ثبت ہو جاتی ہے اور پھیل نہیں سکتی، چنانچہ کلائی رحم بالکل عقبی دیوار کے صرف سے واقع ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر و کس (عنق) بتدریج اوپر کو کھینچ کر شکم میں چلا جاتا ہے، اور رحم کی بیش بالیدہ اگلی دیوار جزوی طور پر پیلوک ان لیٹ (pelvic inlet = حوضی مدخل) کے واپار واقع ہو جاتی ہے۔ جب وضع حمل شروع ہوتا ہے تو سر و کس (عنق) نامکمل طور سے تسع ہوتا ہے، کیونکہ پریزٹنگ (تظریقی) حصہ کا خاص دباؤ بیش پروردہ اگلی دیوار پر آ کر پڑتا ہے۔ لہذا اگر مناسب تدابیر نہ کی جائیں تو انشقاق رحم واقع ہو سکتا ہے (تصویر ۳۰)۔

پرولیپس = سقوط الرحم

یہ کوئی شاذ امر نہیں ہے کہ ایک جزوی طور پر پرولیپسڈ (ماقط شدہ) رحم میں حمل واقع ہو۔ ایسی صورتوں میں بالعموم حمل جوں جوں ترقی پاتا ہے، رحم حوض میں بتدریج بلند ہوتا جاتا ہے، حتیٰ کہ وہ ان لیٹ (مدخل) سے گزر جاتا ہے، اور پھر پرولیپس (سقوط) نہیں ہونے پاتا۔

پرولیپس (سقوط) کے خفیف مداح کے علاج کی ضرورت صرف اس صورت میں ہوتی ہے کہ رحم ان لیٹ (مدخل) کے اوپر بلند نہ ہوا ہو، جبکہ ایک مناسب رنگ میرٹھا (ring pessary =

حلقہ نما فرج (عموماً کافی ہوتی ہے)۔ مکمل طور پر پریولپسڈ (ستوط شدہ) رحم میں حمل ایک نہایت غیر معمولی منظر ہے۔ یہ حمل تکمیل کو نہیں پہنچ سکتا۔ عموماً جب وضع حمل شروع ہوتا ہے تو سر و کس (عنق) باز کشیدہ ہو جاتا ہے، لیکن شاذ مواقع پر دیکھا گیا ہے کہ وہ ولوا (فرج) سے باہر نکلا ہوا اور



تصویر ۳۱۔ حامل رحم کا پریولپسڈ (ستوط) دیکھو سر و کس (عنق) متنی اور متورم ہے۔ رحم کا جسم غالباً اوپر کس اٹھ جائے گا اور متورم سر و کس (عنق) ولوا (فرج) سے باہر رہ جائیگا۔

نہایت نمایاں طور پر متورم ہوتا ہے، اور اس طرح خطرناک رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ سپس (sepsis = عفونت) کا علاج یہ ہے کہ کسی غیر خراش آور دافع عفونت کے ذریعہ دفع عفونت کیا جائے، لیکن نہایت اہم امر یہ ہے کہ مریضہ کو وضع حمل سے کچھ روز پہلے اس وقت جبکہ سر و کس (عنق) ویجاٹا (مہبل) میں ہی ہو بستر پر لٹا کر رکھا جائے تاکہ بہجی ورم گھٹ جائے (تصویر ۳۱)۔ ان اصاباتوں میں پیورپل سپس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت) کے خطرہ کا زیادہ ہونا ایک مزید دلیل اس امر کی ہے کہ مریضہ کو لٹا کر رکھا جائے تاکہ منکشف حصے صاف کئے جانے کے بعد نئی تلویث کو

سے متبرار ہیں۔

حامل رحم کا ہرنیا (hernia = فتق)

بالعموم ہرنی (hernia = فتقات) نہ تو حمل کی وجہ سے بدتر ہوئے ہیں اور نکل کے عمر کو متاثر کرتے ہیں۔

مثلاً ذوناور موقعوں پر رحم ایک ان گونسل ہرنیا (inguinal hernia = رنبی فتق) کے مشمولات کا ایک جزو بناتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس حالت میں استقرار حمل واقع ہوا ہے بالخصوص جبکہ کسی بانی قار نوئیٹ (bicornuate = دو قرنی) رحم کا ایک قرن تاحیہ میں چلا گیا ہے۔

نیز اسلاکل ہرنی (umbilical hernia = سری فتقات) دوران حمل میں عام ہیں مگر عموماً وہ بھی حمل سے غیر متاثر رہتے ہیں کیونکہ جب رحم اتنا بلند ہو جاتا ہے کہ تاجہ میں داخل ہو سکے تو عموماً وہ اتنا بڑا ہو گیا ہوتا ہے کہ داخل نہیں ہو سکتا۔ زیادہ عام یہ ہے کہ حامل رحم ایک ایسے تاجہ میں پایا جاتا ہے جو یا تو بڑے ہوئے درون شکمی دباؤ سے کسی قدیم عملیتی ندبہ کے ٹوٹ جانے کا یا ریکٹائی (recti = مستقیم عضلات) کی منایاں علیحدگی کا نتیجہ کہوتا ہے۔ مناسب شکمی سہارے سے ان کیفیات کا عموماً بالکل قابل اطمینان طور پر علاج کیا جاسکتا ہے۔

بانی قار نوئیٹ (bicornuate = دو قرنی) رحم

ایک دوسرے رحم والی عورت میں مشہور رحم کی ایک یا دوسری شاخ میں حمل قرار پاسکتا ہے۔

جب رحم کے ایک قرن میں حمل واقع ہوتا ہے، تو دوسرے قرن میں کلانی نرمی اور ڈسڈوا (غٹا و ساقط) کی تنوین ہوتی ہے اور حمل عموماً طبعی ہوتا ہے۔ بالعموم وضع حمل طبعی ہوتا ہے اور مداخلت کی کوئی ضرورت نہیں پڑتی۔ کبھی کبھی دوران وضع حمل میں اشتقاقی رحم واقع ہوتا ہے۔ ایسا شاید ذوناور ہوا ہے کہ رحم کے غیر حامل نصف حصہ کے ذریعہ بچہ کی ولادتیں

کوئی رکاوٹ پیدا ہوئی ہو۔

تشخیص

اگر ویجاٹنا (مہبل) یا سروکس (عنق) دوہرانہ ہو تو اس تشوہ کے نظر انداز ہو جانے کا احتمال ہے۔ رحم کے غیر حامل نصف پر فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) کا مغالطہ ہو سکتا ہے اور جب فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) کے ساتھ مریضہ میں عفونت بھی رہ چکی ہے تو اس حالت کو وضع حمل کے بعد عفونی فائبرائڈ (لیفیہ) تشخیص کیا گیا ہے اور ہسٹریکٹومی (رحم براری) عمل میں لائی گئی ہے۔

باب چہارم

ایبارشن (abortion = اسقاطِ حمل)

دورانِ حمل میں نکلن ہے کہ اووم (بیضہ) کسی وقت بھی خارج ہو جائے۔ کم از کم مدت جبکہ بچہ قابلِ حیات تصور کیا جاتا ہے اٹھائیس ہفتہ مقرر ہے۔ ۲۸ ہفتوں سے قبل بچہ کا اخراج ایبارشن (اسقاط) یا مس کیرج (miscarriage = الماس) کہلاتا ہے اور اس مدت کے بعد اخراج کو پری میچور (premature = پیش از میعاد) وضعِ حمل کہتے ہیں۔

یہ معلوم ہو گا کہ ایک دیگر گیر ایبارشن (اسقاط) میں اور ایک عاجل پیش از میعاد وضعِ حمل میں کوئی صریح امتیازی فرق نہیں ہے اور مذکور بالا تقسیم محض سہولت کے مد نظر کی جاتی ہے۔ اسی طرح یہ بھی دیکھا جائے گا کہ ایبارشن (اسقاط) کی بہت سی اصابتیں بتدریج اس قسم کی اصابتوں کی مائلت اختیار کر لیتی ہیں جو انٹی پارٹم سیرج (antepartum hæmorrhage = قبل الولادتی نزف) کے عنوان کے تحت زیر بحث آئی ہیں۔ دونوں

اقسام میں وضعِ حمل سے قبل جریانِ خون ہونا ایک ممتاز علامت ہے۔ دونوں میں اسباب اکثر مماثل ہوتے ہیں اور اصولِ جراحت جو دونوں کے علاج میں رہنمائی کرتے ہیں، بعینہ ایک ہوتے ہیں۔ تو اتر۔ سردست ایبارشن (اسقاط) کے تو اتر کا کوئی صحیح عدد بتانا کٹھی وجوہ

کی بنا پر نامکن ہے۔ اول تو صرف ایک قلیل تعداد کسی ہسپتال وغیرہ میں مشورہ کے لئے آتی ہے اور ایسی جگہ کے اعداد و شمار کوئی صحیح معلومات بہم نہیں پہنچاتے۔ پھر بہت سی اجزائی اصابتیں ٹھیک طور پر مشخص نہیں ہوتیں بلکہ مریضہ کو بتا دیا جیسے آئے یا فلنگ = flooding

کثرت نطفہ کا گمان ہوتا ہے۔ مزید براں بسا اوقات مریضہ اس امر کو پوشیدہ رکھتی ہے کہ اسے ایبارشن (استقاط) ہوا ہے۔

تاہم جو کچھ ثبوت و شہادت ہمارے پاس موجود ہے اس کی بنا پر یہ حساب لگایا گیا ہے کہ ہر پانچ حمل میں ایک حمل قبل از میعاد ختم ہو جاتا ہے اور یہ عدد غالباً زیادہ مبالغہ آمیز نہیں ہے۔

ایبارشن (استقاط) حمل کے کس زمانہ میں ہوتا ہے۔ ایبارشن (استقاط) ہونے کا سب سے عام وقت پہلے تین ہفتوں کے اندر ہوتا ہے، یعنی اس وقت جب کہ پلینٹا (مشیمہ) ابھی تفریق پذیر نہیں ہوتا۔ بلاشبہ بہت سے ابتدائی ایبارشن (استقاط) پہچانے نہیں جاتے، خاص کر وہ ایبارشن (استقاط) جو کسی متوقع "ایام" سے اتنے قریب واقع ہوں کہ عورت ان کو "ایام" ہی گمان کرے۔ جب رحم ایک مرتبہ اونچا ہو کر شکم میں چلا جاتا ہے تو پھر ایبارشن (استقاط) کا خطرہ معتد بہ طور پر گھٹ جاتا ہے۔

ایبارشن (استقاط) کے اسباب

139

بہت سی اماتوں میں کوئی قطعی سبب نہیں دریافت ہو سکتا، اور اگر کوئی سبب بتایا بھی جاسکے تو بسا اوقات اس کا طریقہ فعل مبہم ہوتا ہے، لہذا اسباب ایبارشن (استقاط) کی کوئی جماعت بندی ہمارے علم کی موجودہ حالت میں کسی حد تک ناقابل اطمینان اور خود ساختہ ہوگی۔

۱۔ زائگی گائٹ (zygote = جنٹہ) کی غیر طبعی حالتیں

ہائڈریڈی فارم مول (کیسہ منادومہ)۔

ہائڈرائیناس (کثرت ریل)۔

پلینٹل (مشیمی) انحطاط اور انفارشن (افحام)۔

جرم سیلز (germ-cells = جنینی خلیات) کی ناقص حیویت۔

ہملک گیٹیک (gametic = زواجی) امتراجات۔

(ا) مقامی ماحول کی حالتیں۔

- غیر طبعی ڈسڈول (ساقطی) نمو۔
- ریٹرو پلینٹل (پس منشی) نزف۔
- پلینٹا (مشیمہ) کی علیحدگی۔
- رحمی ڈس پلینٹل (displacements = غیر وضعیتیں)۔
- رحمی فائبرائڈز (fibroids = لیفیات)۔
- سر وکس (عنق) کی عمیق وریدگی۔

(ب) عمومی حالتیں

- اسی حالتیں مثلاً آشک پلمبزم (plumbism) = (صحت)
- مزمن الہتساب گردہ اور حاد تحتی حالتیں۔
- تحتی فسادات مثلاً ضروری غذائی عوامل کا فقدان اور
- درون افزای فسادات۔

۳۔ ضربی

اجسام غریبہ کا ادخال
اغشیہ کا انشقاق، یا حملی تاجہ کو کسی اور طرح سے نقص پہنچنا۔
جذباتی اختلالات۔

عملیات کے دوران میں پیلوک (حوضی) اعضا کو ہاتھ لگانا۔
پیو برٹی (puberty = زمانہ بلوغ) سے لیکر مینوپاز (سن یاں) تک مہینے میں لیکر تہ اینڈو
میٹریم (درون رحم) میں بعض دوری تغیرات ہوتے ہیں۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ کارپس لوٹیم
(جسم اصفر) کا ہارمون، پری منسٹروئل اینڈو میٹریم (premenstrual endometrium =
قبل الخفیضی درون رحم) کی تعمیر کا موجب ہوتا ہے۔ اگر حمل واقع نہ ہو تو شاید انیٹریٹری پشوٹری
(غده مقدی نخاعی) سے آئندہ بیج کی موقوفی کی وجہ سے کارپس لوٹیم (جسم اصفر) مذبول ہو جاتا ہے
اور مذکورہ بالا عمل بند ہو جاتا ہے، اور حیض واقع ہوتا ہے۔ لیکن اگر اووم (بیضہ) بارو
ہو جائے تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) باقی رہتا ہے، اور اینڈو میٹریم (درون رحم) منوپا تا رہتا
ہے، یہاں تک کہ یہ صادق ڈسڈو (اغشاء ساقط) بن جاتا ہے۔

ابتدائی اووم (بیضہ) کے طبعی نمو کے لئے یہ ضروری ہے کہ ایک طبعی ڈسٹوا (غشاء ساقط) موجود ہو۔ لہذا ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں ایبارشن (اسقاط) ہوتا ہے، مذکورہ عوامل سے کوئی ایک عامل منفقود ہو۔

غیر طبعی ڈسٹوا (غشاء ساقط) ہونے سے ابتدائی اووم (بیضہ) کا تغذیہ ناقص رہ جاتا ہے اور ایک غیر طبعی جنین معرض وجود میں آتا ہے۔ ایبارٹڈ (aborted = مستوط) اووا (بیضوں) کے خوردبینی امتحان سے ثابت ہوتا ہے کہ ۵ فی صدی سے زیادہ اووا (بیضے) مرض زدہ ہوتے ہیں۔

غیر طبعی ڈسٹوا (ساقطی) نمو۔ اگر یہ مان لیا جائے کہ ڈسٹوا (غشاء ساقط) کے نمو پرکشی ہارمونی تیج کا اقتدار ہے تو پھر سوال یہ ہے کہ یہ تیج کن حالات میں منفقود ہوتا ہے۔

۱۔ جب کوئی ہارمون موجود نہ ہو۔

۲۔ جب اووری (مبض) کا ہارمون زاحصہ مرض زدہ ہو۔

۳۔ جب اعصاب کے ذریعہ ہارمون کی پیدائش پر اثر پڑے۔

۴۔ جب اینڈو مٹریکس (درون رحم) کی حالت ایسی ہو کہ ہارمون اس کو ٹھیک طور پر پہچان میں نہ لاسکے۔

۱۔ اگر غیر حاملہ عورت میں کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کو تباہ کر دیا جائے یا دور کر دیا جائے تو حیض جاری ہو جاتا ہے۔ اسی طرح اگر حمل کے ابتدائی ہفتوں میں کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کو برباد کر دیا جائے تو ایبارشن (اسقاط) واقع ہو سکتا ہے۔ یہ ایبارشن (اسقاط) بعض تجرباتی حیوانات میں تو ہمیشہ واقع ہوتا ہے لیکن نوع انسان میں ہمیشہ نہیں ہوتا۔ یہ اچھی طرح سمجھ میں نہیں آیا کہ یہ فرق کیوں ہے۔

انٹیریو پشوٹری (مقدمی نخاعی غدہ) کے سلعہ کی اصابتوں میں گا ہے اووری (مبض) کو پہچان میں لانے والا ہارمون پرولان (prolan) کم ہوتا ہے۔ اگرچہ اس سے حیض کا فقدان اور عقم واقع ہوتا ہے لیکن ایبارشن (اسقاط) شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔

۲۔ ان عورتوں میں جو رحم کے فائبرائڈ (بیضی) سلعات یا رحم کی ریٹرو ویشن (پگھلنے) کا موضوع ہوتی ہیں کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں نرف پایا جاتا ہے اور ان حالتوں میں باادقاً

ایبارشن (استقاط) واقع ہو جاتا ہے۔ کوریان ایپی تھیلیوما (=chorion-epithelioma) سلعہ سلوی سرطانی (اور ویکولر مول) (=vesicular mole) کیسیکی وحمہ) کی اصابتوں میں بھی کاڑس لوٹیم (جسم اصفر) کے دوریات پائے جاتے ہیں۔

۳۔ کبھی کبھی ذہنی یا جسمانی صدمہ کے چند دن بعد ایبارشن (استقاط) واقع ہو جاتا ہے۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اووری (بیض) کی سپے تھیک (مشارکی) عصبی رسد مشاثر ہو جاتی ہے کیونکہ ڈسڈ وا (غشاء ساقط) کی عصبی رسد بالکل نہیں ہوتی۔

زائی گوٹ (zygote = جفتہ) کی طبعی تنصیب اور نمو کے لئے یہ ضروری ہے کہ اینڈو مٹریم (درون رحمہ) کی طبعی حالت، اور اس میں ہارمونی ہیجان کی استجابت کرنے کی طبعی قوت ہو۔ بیش پرورش مزمن اینڈو مٹرٹس (التماب درون رحمہ) میں چونکہ اینڈو مٹریم (درون رحمہ) کی حالت غیر طبعی ہوتی ہے، لہذا اس میں، تنج کی استجابت کرنے کی قوت بھی ناقص ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد بظاہر اسی حالت کا نتیجہ ہوتی ہے۔

141

غیر طبعی حیاتی کیمیائی ماحول۔ انسان کے سوا بعض دیگر عضویات میں، ایسے اثرات کے ذریعہ جو خارجی طور پر پیدا ہوتے ہیں، ہر قسم کا جنین یا مسخوٹ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کا ثبوت مندرجہ ذیل تجربات سے ملتا ہے:۔ اگر مینڈکوں کے پان (spawn = انڈوں) میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کا محلول ملا یا جائے، تو غوکچوں میں پائنا بلی فڈا (=spina-bifida) شو کہ مشقوق، ہمیشہ پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر بعض مچھلیوں کے سپان (انڈوں) میں میگنیم (magnesium) کا محلول ملا یا جائے تو ۵۰ فی صدی میں سائیکلو پیٹا (cyclopia) پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر سی ارجنز (=sea urchins) قنڈ البحر) کے انڈوں میں لیا (lithia) کا محلول ملا یا جائے، تو گرہ دار ذبولی جنین پیدا کئے جاسکتے ہیں (اسی طرح کے جس طرح کے ایبارٹڈ (سقوط) انسانی اووا (بیضوں) میں پائے جاتے ہیں)

ضروری غذائی عوامل کا فقدان۔ تجربات سے ثابت ہوا ہے کہ بعض غذائی عوامل، عقم پر اور اولاد کی تعداد اور وزن پر اثر رکھتے ہیں۔ چنانچہ ان سورنیوں نے جن کو آیوڈین (iodine) دی گئی تھی، دوسری سورنیوں کے مقابلہ میں جن کو آیوڈین نہیں دی گئی تھی، ۵۰ فی صدی زیادہ بچے دیئے، ہر سورنی کے بچہ کا وزن جس کو آیوڈین دی گئی، بہ نسبت اس سورنی کے بچہ کے وزن کے جو کہ آیوڈین نہیں دی گئی، ۵۰ فی صدی زیادہ تھا۔

چوہوں پر تجربات کرنے سے انٹی سٹرلٹی وٹامین (anti-sterility vitamin = ضد عقم حیاتین) فینٹ سالوبل ای (fat-soluble E = شحم حل پذیر) دریافت ہوئی۔ اگر وٹامین ای (حیاتین) موجود نہ ہو تو اووم (بیضہ) کی تنصیب اور فرٹلائزیشن (اخصاب) تو واقع ہو جاتی ہے، لیکن جنین آٹھویں ہفتہ حمل میں ہی مرنا شروع ہو جاتے ہیں، وہ غیر نمو یافتہ رہتے ہیں اور بعد میں جذب ہو جاتے ہیں۔ اگر غذا سے وٹامین ای (حیاتین) بحال لی جائے تو جب عمومی ضروریات اور نیزین روحمول کی وجہ سے عامل مذکورہ کا ابتدائی قابل دستیاب ذخیرہ ختم ہو جاتا ہے۔ تو ان حیوانات میں ایبارشن (اسقاط) ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر ان حیوانات کو لیٹیس (lettuce) 'مسٹر' اور آن چھنے آٹے کی روٹی دے کر ان کی غذا میں وٹامین ای (حیاتین) زیادہ کی جائے تو ان کو سٹرلٹی ڈیزیز (sterility disease = عقمی مرض) سے شفا دی جاسکتی ہے۔

رحمی غد کے افراز میں طبی طور پر کثرت سے آئیوڈین اور کیلشیم پایا جاتا ہے۔ حیض اور حمل دونوں حالتوں میں سٹریٹم سبنجوسم (stratum spongiosum = لمبھہ اسفنجی) کے غد میں افراز کا نمایاں احتباس واقع ہوتا ہے۔ جب اووم (بیضہ) اندر سُرنگ کرتا ہے تو اووم (بیضہ) کا ٹروفوبلاست (نامہضہ پرورشی) ان غد کو کھول دیتا ہے اور مادری خون کے ساتھ کہ جس سے اووم (بیضہ) اپنی خوراک حاصل کرتا ہے، ان غد کا افراز بھی آمیز ہو جاتا ہے۔

نبتی غلیات کا نقص حیویت۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ بعض کامل طور پر مستحکم مادہ فیرٹز (ferrets = نیولوں) کے نبتی غلیات، ایک کامل طور پر مستحکم نر فیرٹ (ferret = نیولے) کے نبتی غلیات کے ساتھ یکساں ہو سکتے۔ اس طرح یکجا کرنے کا نتیجہ مطلق عقم ہوتا ہے۔ فیرٹ (نیولے) میں بالعموم عید عمل ہوتا ہے، اور رحم اور اووریز (بیضوں) کی تراشوں کے ذریعہ یہ بتایا جاسکتا ہے کہ کونسا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کون سے حمل کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ دیکھا گیا ہے کہ ایک ہی صحت مند حیوان میں بعض زائی گاٹ (جنتے) تو طبی طور پر نمویاب ہوتے ہیں اور بعض مرجا کر جذب ہو جاتے ہیں۔ چونکہ متاعی ضرر کوئی نہیں ہوتا، لہذا ان اموات کو اووم (بیضہ) اور سپرم (تخم) کے باہمی تعلق کی طرف یا نبتی غلیات کے ذاتی نقص کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جیسا کہ اگلی شق میں

بیان کیا گیا ہے، اول الذکر توجہ زیادہ قرین قیاس ہے۔
 جھلک گیمیٹک (زواجی) امتزاجات - عرصہ سے معلوم ہے کہ بعض گیمیٹک
 (زواجی) امتزاجات، نابارور ثابت ہوتے ہیں، اور یا تو نموری نہیں پاتے یا ابتدائی عمر ہی
 مر جاتے ہیں۔ اس وقوع کو باہمی تناقض کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ آر تھور روبنسن
 (Arthur Robinson) نے گھوڑوں کی نسل افزائی کے اندراجات میں یہ پایا کہ
 کلاڈزڈیل (clydesdale) گھوڑوں کی ۴۴ فی صدی جفستیاں اور تھارو بریڈ
 (thoroughbred = خالص نسل) کے گھوڑوں کی ۵۰ فی صدی جفستیاں عقیقہ ثابت ہوئیں۔
 فیئرڈ (نیولوں) میں تولید نسل کی تحقیقات کرنے پر اس نے وہ کیفیت پائی جو اوپر مذکور
 ہو چکی ہے۔

اودوم (بیضہ) یا سپرم (تخم) میں ذاتی نقص ہونے کا کوئی ثبوت نہیں ہے،
 البتہ اس امر کی واضح شہادت ہے کہ بعض گیمیٹک (زواجی) کے امتزاج کے بعد جو
 زائی گاٹ (zygote) معرض وجود میں آتا ہے، ہلاک ہو جاتا ہے۔ اس کی
 بہترین مثال فینیسی مائس (fancy-mice = خوش نما چوہیوں) کی نسل افزائی سے حاصل
 ہوتی ہے، جن میں یہ پایا گیا کہ خالص [یعنی ہوموزائگس (homozygous = ہم نسب)]
 زرد ماضوں میں سے کوئی بھی زندہ نہیں بچا۔ دوزرد چوہیوں کی جفتی سے کبھی جنینوں کی
 پوری تعداد حاصل نہیں ہوتی، نہ اتنے جنین کبھی پیدا ہوئے کہ جتنے ایک زرد اور ایک
 نازرد چوہی کی جفتی سے پیدا ہوتے ہیں۔ نیز یہ زرد چوہیاں جو پیدا ہوئیں سب کی سب
 غیر خالص زرد [یعنی ہٹروزائگس (heterozygous = دگر نسب)] تھیں، چنانچہ ان کی
 باہم نسل افزائی کرنے پر مینڈل (Mendel) کے قوانین کے مطابق نازرد چوہیوں کی متوقع
 تعداد پیدا ہو گئی۔ اس قسم کا تناقض نوع انسان میں بھی پایا جاتا ہے، بہت سی عورتیں
 کئی سال تک بانجھ رہنے کے بعد آخر کار حاملہ ہو جاتی ہیں، پھر بھی ان کا حمل ساقط ہو جاتا
 ہے۔ لیکن ان مثالوں میں اس مفروضہ کا صرف اسی صورت میں لحاظ کیا جاسکتا ہے
 جبکہ یہ ثابت ہو جائے کہ دونوں فرد کسی دوسرے رفیق یا رفیقہ کے ساتھ بارور ہیں۔
 جھلک زہروں کی موجودگی - یہ معلوم ہے کہ اگر کوئی حاملہ عورت سیسہ
 جذب کر لے تو اس سے اودوم (بیضہ) متاثر ہو کر ایبارکشن (استقاط) واقع ہو جاتا ہے۔

غالباً بعض امراض مثلاً حادثوں سے پیدا شدہ زہر بھی اسی طرح فعل کر سکتے ہیں۔
 بار بار ایبارشن (استقاط) ہوتا۔ جب کسی فرد میں کوئی حمل ایبارشن
 (استقاط) پر ختم ہو جاتا ہے تو اس سے بہت ہی تھوڑی مدت کے بعد طبعی حمل پھر ہو جانے کی امید ہے
 لہذا اغلب ہے کہ اکثر ایبارشنز (استقاطات) ادوم (بیضہ) کے نمونوں کسی حادثہ کا نتیجہ
 ہوتے ہیں نہ کہ ماں کے کسی عمومی یا مقامی نقص کا۔ تاہم بعض عورتیں ایسی ہوتی ہیں
 جن کو بار بار ایبارشن (استقاط) ہو جاتا ہے ان میں یہ ممکن ہے کہ کوئی سبب دریافت
 ہو جائے، لیکن بعض اوقات دریافت نہیں ہوتا (دیکھو امراض النساء، مولفہ ٹین ٹیچرس
 (Ten Teachers) باب پانزدہم، عقم)۔

سریری اقسام

مضمون ایبارشن (استقاط) کے سلسلہ میں بعض اصطلاحات کے استعمال کا دستور ہے
 ایبارشن (استقاط) کے سریری اقسام ظاہر کرتے ہیں یا ایبارشن (استقاط) کے عمل کے مختلف مراحل
 ظاہر کرتے ہیں۔

تھریٹنڈ ایبارشن (threatened abortion = استقاط مخطور) اگر ایبارشن
 (استقاط) کا عمل شروع ہو جائے، لیکن اس نوبت تک جبکہ طبعی حالت پر پلٹنا نامکن ہوتا ہے
 نہ پہنچے اور اس کی ترقی رک جائے، تو ایسی صورت کو تھریٹنڈ ایبارشن (استقاط مخطور)
 بیان کیا جاتا ہے۔ یہ سریری کیفیت صریح طور پر ایبارشن (استقاط) کا ابتدائی مرحلہ
 ہے، لہذا اس میں نفوذ اور شاید زیرین شکم میں کچھ درد بھی پایا جاتا ہے۔ اس سے
 آگے کے مرحلہ کا یہ خاصہ ہے کہ انٹرل آس (داخلی فم رحم) کا اتساع ہو جاتا ہے۔ اس سلسلہ
 میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صاحب اولاد عورتوں میں سابقہ سرجیکل (جراحی) اوریدگی کے سبب سے
 اکثر مل آس (خارجی فم رحم) اکثر متقل طور پر متع ہوتا ہے، اس لئے ان صورتوں میں اکثر مل آس
 (فم رحم) کی حالت کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتی۔

143

علاج کے نقطہ نظر سے اس امر کا دریافت کرنا کہ آیا حمل کے پورے دن تک
 پہنچنے کا امکان ہے کہ نہیں نہایت اہم ہے مگر کوئی قطعی حد تفریق قائم کرنا ہمیشہ آسان

نہیں ہوتا۔ نہایت تیز نرف کے متواتر حملوں کے بعد بھی یہ ضرور نہیں کہ ایبارشن (استقاط) ہو جائے اور ایسی اصابتوں سے دوچار ہونا بہت عام امر ہے کہ جن میں تخفیف نرف کچھ مدت تک جاری رہا ہے اور اس کے باوجود انقباض مدت پر تندرست بچہ پیدا ہو گیا ہے تاہم ان اصابتوں کو ہمیشہ شدید تصور کرنا چاہئے، کیونکہ کسی وقت بھی منفرد (حتیٰ کہ خطرناک) نرف واقع ہو سکتا ہے اور حمل کی حالت کا لحاظ کئے بغیر مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔ انٹرل آس (داخلی فم رحم) کے اتساع کو بشرطیکہ وہ کسی حد تک نمایاں ہو، اس امر کی دلیل تصور کرنا چاہئے کہ عمل ایبارشن (استقاط) کا کرنا بہت اغلب نہیں ہے، اگرچہ بہت سے موقعوں پر سرسیری طور سے مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ فرو ہو جاتا ہے اور حمل بلا کسی رکاوٹ کے قائم رہتا ہے۔

اغشیہ کا شق ہونا اور لاکر ایمینائی (رہل) یا اووری (بیض) کے کسی حصہ کا خارج ہونا یا دیوار رحم سے اووم (بیضہ) کا مکمل طور پر جدا ہونا ظاہر کرتا ہے کہ معاطہ حد سے بڑھ گیا ہے اور ایبارشن (استقاط) کو ان ایومیل (ناگزیر) سمجھا جاتا ہے۔ اس لحاظ سے ان سب اصابتوں کو جن میں اووم (بیضہ) کا زیرین قطب متع شدہ انٹرل آس (داخلی فم رحم) میں کلا ہوا ہو جسے ہوئے، ٹھہریٹڈ (مختلور) تصور ہونا چاہئیں۔

۲۔ ان ایومیل ایبارشن (ناگزیر استقاط) جب عمل ایبارشن (استقاط) کو زرو جا سکے تو اسے ان ایومیل ایبارشن (استقاط ناگزیر) کہتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس کی سرسیری شہادت اس امر سے ہم پہنچتی ہے کہ اووم (بیضہ) جدا ہو جاتا ہے اور سروکس (عنق) میں متع شدہ انٹرل آس (فم رحم) کی راہ سے محسوس ہو سکتا ہے، یا اس امر سے حاصل ہوتی ہے کہ مشمولات رحم کا کچھ حصہ خارج ہوتا ہے۔

۳۔ کمپلیٹ ایبارشن (استقاط مکمل)۔ کمپلیٹ ایبارشن (مکمل استقاط) وہ ہے جس میں استقرار حمل کے جملہ حاصلات خارج ہو گئے ہوں۔

۴۔ ان کمپلیٹ ایبارشن (استقاط نامکمل)۔ عموماً وہ ہوتا ہے جس میں جنین خارج ہو گیا ہو لیکن اغشیہ یا پلینٹا (میمہ) جزو یا کلاً ابھی یوٹرن کیوٹی (کہف رحم) میں رکے ہوئے ہوں۔

۵۔ مسڈ ایبارشن (missed abortion = غیر خارج استقاط)۔ مضغہ فوت ہو جاتا ہے، اما رات ایبارشن (استقاط) ظاہر ہوتے ہیں اور پھر غائب ہو جاتے ہیں

ساتھم اووم (بیضہ) رحم سے خارج نہیں ہوتا، بلکہ کچھ دنوں تک رکا رہتا ہے، اس حالت کو سڈ ایبارشن (غیر خارج اسقاط) کہتے ہیں۔

ایسے اصطلاحات جیسے سپانٹینس ایبارشن (spontaneous abortion =

خود بخود اسقاط ہو جانا) کریمنل ایبارشن (criminal abortion = مجرمانہ اسقاط) اور ان ڈیوسڈ ایبارشن (induced abortion = امال کردہ اسقاط) اپنی تشریح آپ کرتی ہیں۔

تشریح مرضی

حمل کے ابتدائی دو ماہ میں اووم (بیضہ) کی غشا، ساقط سے چسبیدگی اس قدر نازک ہوتی ہے کہ کسی سبب سے بھی انقباضات رحمی پیدا ہو کر اووم (بیضہ) کی جدائی ہو سکتی ہے۔ یا ابتدائی مہینوں میں ایبارشن (اسقاط) کا فوری سبب یہ معلوم ہوتا ہے کہ ڈسڈوا غشا، ساقط) یا کوریو ڈسڈول سپیس (choriodecidual space = سلوی ساقطی فضا) میں نزف ہو جاتا ہے۔ ہم نہیں جانتے کہ اس نزف کا صحیح سبب کیا ہے، لیکن اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ متاثرہ بافتوں اور بالخصوص ڈسڈوا بیزیلیس (قاعدی غشا، ساقط) میں ایک انحطاط پیدا ہو جاتا ہے جس سے اووم (بیضہ) ڈھبلا ہو جاتا ہے، اور ایک جسم غریبہ کا سائل کر کے خارج ہو جاتا ہے۔

ساختن جو خارج ہوتی ہیں ان کے معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ اکثر صورتوں میں ڈسڈوا بیزیلیس (غشا، ساقط، قاعدی) رحم میں رہتا ہے، اور اووم (بیضہ) پورے یا کچھ ڈسڈوا کیپیولیٹس (غشا، ساقط، کیبوی) کے ہمراہ خارج ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی کل اووم (بیضہ) اور پورا ڈسڈول (ساقطی) اتر خارج ہو جاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ڈسڈوا کیپیولیٹس (کیبوی غشا، ساقط) پھٹ جائے، اور رحم سے خارج شدہ مادہ میں اووم (بیضہ) نظر آئے جو کہ کوریا نک ولائی (سلوی خلات) سے محصور ہو (تصویر ۳۲)۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کوریا نک (سلوی) شوق ہو جائے، اور جنین اپنے ایمینیاں (انفس) اور لایکرا ایمینیائی (رہل) میں ملفوف ہو کر خارج ہو۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایمینیاں (انفس) بھی پھٹ جائے اور جنین غیر ملفوف خارج ہو۔ چوتھے مہینے کے بعد، اگرچہ اووم (بیضہ) کبھی کل کا کل بھی خارج ہو سکتا ہے،

تاہم بالعموم ایسا ہوتا ہے کہ اغشیہ شق ہوتے ہیں، پھر جنین کی ولادت ہوتی ہے، اور اس کے بعد پلینٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ولادت ہوتی ہے۔ اووم (بیضہ) کی شکل و صورت کیا ہوتی ہے؟ یہ امر بدیہی طور پر مدت حمل پر منحصر ہوتا ہے۔ بالعموم کوئی ایسا مرضی تغیر نہیں پایا جاتا جو شناخت ہو سکے۔ تیسرے ماہ کے آخر تک پلینٹا (مشیمہ) کوئی معین ساخت اختیار نہیں کرتا، لیکن اگر استقرار حمل کے حاصلات اس وقت سے قبل خارج ہوں تو اووم (بیضہ) کا بغور معائنہ کرنے سے یہ ایک تازہ نمونہ میں کوریانک ولانی (سلوی خلمات) میں محصور حالت کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ بافتوں میں معتد بہ بربادی نہ ہو چکی ہو۔ یہ واضح ہے کہ مشمولات رحم میں پلینٹا (مشیمہ) موجود نہیں ہوتا، لیکن کفہ رحم میں ڈسڈوا (غشاء ساقط) کا استر موجود ہوگا۔ ممکن ہے کہ جنین خارج ہو گیا ہو، یہ ایک کفہ میں ایک سپید چمکدار غشاء یعنی امینیا (انفس) سے محصور ہوتا ہے، اور انبیاں خود ایک نخلہ خون کے تودہ میں ملفوف ہوتا ہے، یہاں اکثر جنین کو شناخت کرنا دشوار ہوتا ہے۔ جب پلینٹا (مشیمہ) ایک معین ساخت ہوتا ہے تو بالعموم جنین پہلے خارج ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ فوت ہو چکا ہو یا نہ ہوا ہو۔ اس کے بعد پلینٹا (مشیمہ) اور اغشیہ خارج ہوتے ہیں، لیکن کوئی غیر معمولی بات نہیں ہے کہ یہ چھوٹا سا پلینٹا (مشیمہ) محسوس ہو جائے۔ ممکن ہے کہ ایسا احتباس مسلسل نطفہ کا موجب ہو۔ محسوس حاصلات میں سپٹک ان فیکشن (septic infection = عفونی سرایت) پیدا ہو سکتی ہے۔

145

ایبارشن (استقاط) درحقیقت ایک چھوٹے پیمانہ پر وضع حمل ہے، اور ایک مثالی اصابت میں ایک ایسا عمل جو پورے دن کے وضع حمل سے قریب تر مشابہت رکھتا ہے، ظہور پذیر ہوتا ہے۔ رحم میں لے دار انقباضات ہوتے ہیں اور سروکس (عقن) تسع ہوتا ہے۔ جب انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کافی پھیل جاتا ہے، تو رجحانی انقباضات کے ذریعہ سے کل اووم (بیضہ) یا اس کا جزو خارج ہو جاتا ہے۔ اگر اووم (بیضہ) کلینتہ خارج ہو تو درد زائل ہو جاتا ہے، اور نطفہ کم ہو جاتا ہے، لیکن کئی روز تک خون آمیز افراز نکلتا رہتا ہے، جو بالآخر بند ہو جاتا ہے اور رحم کا انوفلیوشن (مکش) ہو جاتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ وضع حمل کے بعد ہوتا ہے۔

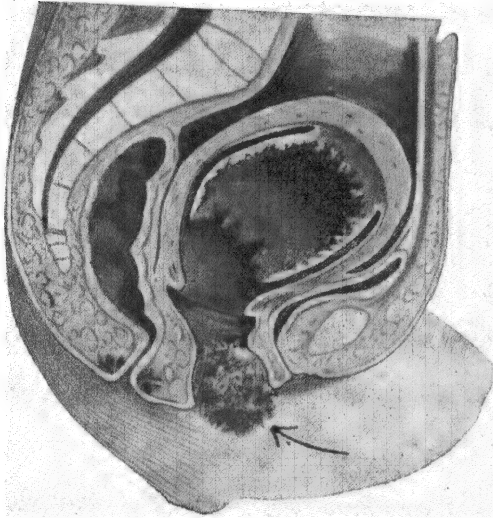
شخص

بسا اوقات ایکٹاپک (ectopic = بے محل) حمل پرا ابتدائی ایبارشن (اسقاط حمل) کا مغالطہ ہوتا ہے۔ یہ ایک خطرناک غلطی ہے اور یہ ضروری ہے کہ صحیح تفریق کی جائے کیونکہ اول الذکر ایک ضروری التوجہ حالت ہے اور ان میں خلط ملط کرنا خطرناک نتائج کا باعث ہو سکتا ہے۔ بالعموم دونوں صورتوں میں کچھ زمانہ تک ایمنوریا (استبسال الطمث) اور اس کے بعد رحم سے واقع شدہ نطفہ پایا جاتا ہے جو بلحاظ وقت اور نوعیت دونوں حیثیت سے بے قاعدہ ہوتا ہے، مگر مثالی اصابتوں میں نوعیت نطفہ ہر دو صورتوں میں بالکل جداگانہ ہوتی ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کے نطفہ میں خون بالعموم تیز سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی خون کے تھکے ہوتے ہیں اور ایکٹاپک (بے محل) حمل کے مقابلہ میں خون زیادہ کثرت سے آتا ہے۔ موخر الذکر صورت میں نطفہ کی مقدار کم یا خفیف ہوتی ہے اور یہ امتیازی طور پر سیاہ ”پرون جوس“ (prune-juice = زرد آلو) رنگ کا ہوتا ہے اور ڈسٹ وا (غشاء ساقط) کے اخراج کے باعث ہوتا ہے۔ ایکٹاپک (بے محل) حمل میں وقوع نطفہ کے ساتھ بالعموم درد شکم اور مختلف درجہ کا صدمہ ہوتا ہے۔ درد کے حملے وقفہ سے بار بار ہوتے ہیں۔ ایبارشن (اسقاط) میں بالعموم درد اتنا زیادہ شدید نہیں ہوتا۔ اگر ہوتا ہے تو چھوٹے پیمانے کے درد کی نوعیت رکھتا ہے، لیکن اکثر موجود نہیں ہوتا۔

ایکٹاپک (بے محل) حمل کا عام ترین نتیجہ ٹیوبل مول (tubal mole = انبوئی ورم) اور پیلوک ہیمٹوسیل (pelvic hæmatocele = حوضی قیلہ دمویہ) کی تشکیل ہے۔ جیسا کہ ڈگلس (Douglas) کے پوچ (pouch = جیب) میں رحم کے عقبی جانبی طرف ایک مبینہ تودہ رونما ہوتا ہے جس پر اکثر اوقات ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم کا دھوکا ہوتا ہے۔ لیکن سرکس (عنق) کی حمایت اور تودہ کی نوعیت سے وہ شہادت ماحصل ہو جاتی ہے جو کہ ان صورتوں میں امتیاز کرنے کے لئے ضروری ہوتی ہے۔ اگر ایکٹاپک (بے محل) حمل میں اشتقاق واقع ہو تو علامات کا آغاز بہت کچھ اسی کے مثل ہوتا ہے جیسا کہ دیگر ماحولگی اصابتوں میں

علامات

اس عمل کے ہمراہ دو خاص علامات پائے جاتے ہیں، یعنی نرَف اور درو۔
 نرَف - یہ تقریباً ہمیشہ پہلی علامت ہوتی ہے، جو اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ
 اووم (بیضہ) یا ڈسڈوا (غشا راس قاط) کا کوئی حصہ دیوار رحم سے الگ ہو جاتا ہے۔ نرَف عموماً
 ابتدا میں خفیف ہوتا ہے، لیکن اس کے بعد اس کی مقدار میں کافی اختلاف پایا جاتا ہے،
 اور شدت کے جملہ مدارج ہر ملک ضیاع خون تک ملتے ہیں۔



تصویر ۳۲ - ڈسڈوا کیپسولیس (غشا راس قاط کیسوی) کا شق ہونا،
 اور اووم (بیضہ) کا منہ اپنے ارد گرد کے کوریانک لائی (سلوی
 خلاات) کے شق کی راہ سے نکل جانا۔ تقریباً پورا ڈسڈوا
 (غشا راس قاط) پیچھے رہ جاتا ہے۔

درو - یہ بالعموم وقفہ سے اٹھتا ہے اور رحمی انقباضات کی وجہ سے پیدا ہوتا
 ہے۔ یہ نشت اور زیرین شکم میں محسوس ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے کہ درو
 قطعاً نہ ہو یا کم از کم اتنا شدید نہ ہو جتنا کہ وضع حمل میں محسوس ہوتا ہے۔

مشاہدہ میں آتا ہے۔ شدید درد کے ساتھ لمبا اوقات نمایاں صدمہ ہوتا ہے۔ پہلے پیلوئک (خونی) تودہ نہیں شناخت کیا جاسکتا، لیکن ڈگلس کی پوچ (جیب) میں ایک پُری کی کیفیت محسوس کی جاسکتی ہے۔ اگر اندرونی نرف کی مقدار کافی زیادہ ہو تو شکم میں نقل پذیر قری امیمرت محسوس کی جاسکتی ہے اور ضیاع خون کے عام امارات مثلاً زردی، چہرہ سرخ، نبض دیکھے جاتے ہیں۔ مگر یہ یاد رہے کہ قطعی تشخیص کرنے کے لئے اندرونی نرف کے عام امارات کا انتظار کرنا نہایت غیر عاقلانہ فعل ہے، الا اس صورت میں کہ ایسا کرنا ناگزیر ہو۔

دیگر صورتوں پر کہ جن میں بیقاعدہ نرف رحم پایا جاتا ہے مثلاً انٹرا یوٹرائن پیپس (intra uterine polypus) = درون رحمی سحلت اور کارسی نوما آف سرکس (carcinoma of cervix) = سرطان عنق پر کبھی کبھی ایسا رشن (اسقاط) کا شبہ ہوتا ہے۔ لیکن عام طور پر فصل و محتاطا رودا و مرض اور وسجائنا (مہبل) کا معائنہ تشخیص کو واضح کر دے گا۔ یہ امر نہ فراموش کرنا چاہئے کہ زمانہ حمل میں ہی نرف کارسی نوما آف سرکس (سرطان عنق) کے سبب سے ہو سکتا ہے۔

علاج

147

عام علاج۔ اسباب ایبارشن (اسقاط) پر غور و فکر کرتے وقت یہ بتایا گیا تھا کہ ان اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں کوئی معین سبب بیان نہیں کیا جاسکتا۔ لہذا احتیاطاً تقدی علاج عام اصولوں پر مبنی ہونا چاہئے۔ ان غیر توجیہ شدہ اصابتوں کے سلسلہ میں یہ کہنا ضروری ہے کہ بلاشبہ رحم کی خراش پذیری اور برونی تحریکات کے لئے رحم کی قوت استجاب، بظاہر تندرست افراد میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس لئے عقلمندی یہ ہے کہ ایسی عورتوں کو جن میں وقوع ایبارشن (اسقاط) کا میلان پایا جائے کوئی ذمہ داری نہ اٹھانا چاہئے، یعنی ان کے لئے دورانِ حمل میں مجامعت ممنوع کر دینا چاہئے اور ان کو زیادہ محنت یا بار سے گریز کرانا چاہئے، اور ان کو ایک ایسی غذا کا مشورہ دینا چاہئے جس میں کیلشیم اور وٹامین ای (حیاتین سی) کی کثرت ہو۔ مریضہ کو سمجھانا چاہئے کہ اس تاریخ سے جبکہ حیض ہونے کی توقع ہو وہ تین دن پہلے اور تین دن بعد آرام کرے اور مہسل ادویات سے پرہیز کرے۔ بخلاف اس کے اگر کوئی سبب دریافت ہو سکے، تو قبل استقرارِ حمل اس کا علاج کرنا چاہئے۔ اینڈوٹرائس

(endometritis = التهاب درون رحم) کا علاج بذریعہ کیورٹاج (curettage = حریف) ہونا چاہئے، ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) رحم کو اپنی جگہ پر لا کر بذریعہ پیسری (pessary = فرزجہ) قائم رکھنا چاہئے۔ آتشک کا اچھی طرح علاج کرنا چاہئے، اور اس سلسلہ میں مناسب ہے کہ والدین (ماں باپ دونوں) کے علاج کی اہمیت پر مکرر زور دیا جائے۔

پہلے یہ امر طے کرنا چاہئے کہ آیا ایبارکشن (استقاط) ان ایویٹیل (ناگزیر) ہے یا صرف ٹھہرٹھٹ (مختور) ہے۔ اس امتیاز کی کوشش کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ شکمی اور ویجائنل (مہلی) معائنہ سے رحم میں خراش ہونے کا امکان ہے، اس لئے ایسا معائنہ نہایت سہولت و احتیاط سے کرنا چاہئے۔ اگر مریضہ آغاز زف کے ذرا دیر بعد دیکھی جائے تو یہ امتیاز آسانی کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ فیصلہ کیا جائے کہ کیفیت ایبارکشن (استقاط) اس درجہ سے جبکہ اس کی روک تھام کی جاسکتی ہے آگے نہیں بڑھی، تو ٹھہرٹھٹ ایبارکشن (استقاط مختور) کے لئے جو علاج مناسب بیان ہو چکا ہے اختیار کرنا چاہئے۔ بخلاف اس کے اگر یہ واضح ہو کہ کوئی تدبیر حمل کو طبعی حالت پر نہیں لاسکتی، تو اس کا علاج ان ایویٹیل ایبارکشن (ناگزیر استقاط) کی حیثیت سے کرنا چاہئے۔

لیکن اگر طبیب کو بلاتے بلاتے دیر ہو جائے اور پہنچنے پر وہ ایک غیر معین رو دے دو چار ہو کہ متعدد حملوں میں خون کے نکلے خارج ہوئے ہیں اور اس کو یہ نہ معلوم ہو کہ یہ بیجام (per vaginam = مہل سے) کیا خارج ہوا ہے تو اس کو چاہئے کہ وہ اپنی رہنمائی تمام تر اس امر سے حاصل کرے کہ مریضہ کی عام حالت کیا ہے اور پیلوس (pelvis = حوض) کے معائنہ پر کیا معلومات حاصل ہوئی ہیں۔ اگر رحم کی جسامت مدت ایمنوریہ (احتباس الطمث) سے مطابقت رکھتی ہو اور ضیاع خون سے کوئی نمایاں علامات نہ پیدا ہوئے ہوں، تو مریضہ کا علاج بطور ایک ٹھہرٹھٹ ایبارکشن (مختور استقاط) کے کیا جاسکتا ہے اور اکثر اوقات ایسی اصابتیں باوجود کئی ایک وافر زفات کے طبعی مدت حمل تک پہنچتی ہیں۔ بخلاف اس کے اگر اس (فم رحم) متع ہو اور یہ واضح ہو کہ اووم (بیضہ) کا کچھ حصہ خارج ہو گیا ہے یا اگر اس کا کچھ حصہ اب بھی سر و کس (عنق) کے باہر نکلا ہوا محسوس ہوتا ہو [یہ صورتیں بعض اوقات "سر و اکل ایبارکشن" (cervical abortion = عنقی استقاط) کہلاتی ہیں] تو رحم کو بلاناخیر خالی کرنا چاہئے۔

نیز اگر رحم ابھی تک نمایاں طور پر نرم اور طبعی جسامت سے زیادہ بڑا ہو، اور اتنا بڑا ہو کہ مدت حمل سے مطابقت رکھتا ہو، اور اگر نفوذ آزادانہ جاری ہو، اور آس (فیم جسم) بہت متسع ہو، تو یہ فرض کرنا خالی از خطر ہے کہ استتقار حمل کے کچھ حاصلات رحم میں باقی رہ گئے ہیں اور ان کو فوراً نکالنا چاہئے۔

جوں ہی کہ اس امر کے متعلق یقینی شہادت موجود ہو کہ جنین فوت ہو گیا ہے، رحم کو خالی کرنا چاہئے، کیونکہ تاخیر سے مریضہ کے لئے نرف سپس (sepsis = عفونت) کا خطرہ ہے۔
تھریٹنڈ ایبارشن (مخطور استقاط) کا علاج۔ اس میں اصول علاج یہ ہے کہ اس عمل کی روک تھام کی جائے۔ اس مقصد سے مریضہ کو بستر پر آرام ٹھکانا چاہئے اور بادی غذا دینا چاہئے۔ بالعموم کسی مقامی مداخلت کی ضرورت نہیں ہوتی لیکن چوتھائی گرین ماریفیا (morphia) زیر جلدی طور پر دینا چاہئے اور دو تین روز تک مریضہ کو کم و بیش افیون کے زیر اثر رکھنا چاہئے۔ افیون کی بجائے برومائیڈس (bromides) اور کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ قوی ہسملات اور حقنوں سے پرہیز کرنا چاہئے۔ اکثر اوقات اس علاج کے تحت یہ عمل رُک جائے گا لیکن مریضہ کو کم از کم ایک ہفتہ تک لیٹا رہنا چاہئے تاکہ یہ دوبارہ نہ واقع ہو۔

لیکن اگر باوجود اس علاج کے نرف جاری رہے، یا خطرناک صورت اختیار کر لے تو ممکن ہے کہ امہابت کا علاج بطور ان ایوینیٹیبل ایبارشن (ناگزیر استقاط) کے کرنا پڑے۔
ان ایوینیٹیبل ایبارشن (ناگزیر استقاط) کا علاج۔ اس کو مختصراً چھوٹے سیانہ پر وضع حمل کا علاج کہا جاسکتا ہے۔ عموماً کسی اعانت کی ضرورت نہیں ہوتی، رحم اپنے شمولات بلا اعانت خارج کر دیتا ہے اور جب معمول انڈولیشن (حکش) پاتا ہے۔ اگر کسی چیز کی ضرورت ہے تو وہ یہ ہے کہ ایک معقول ٹیکنک (طرز عمل) ہو جو سرایت کے شدید امکان کو اور خطرہ کے امکانی مناج کو ملحوظ رکھے۔ اس بات کا لحاظ رکھنا چاہئے کہ جو کچھ شے خارج ہو، وہ معائنہ کے لئے محفوظ رکھی جائے۔ ارگٹ (ergot) کی پوری خوراک دی جاسکتی ہے اور اکثر اوقات مفید ہوگی۔

مداخلت کے لئے تین داعیات ہیں: کشید نرف رحم کا بلا اعانت اپنے شمولات کو خارج نہ کر سکتا، یا شمولات رحم میں ان فیکشن (سرایت) پیدا ہونا۔

اگر نرف کی مقدار کافی ہو تو رحم کو خالی کرنا چاہئے، یہ امر کہ اس کے لئے کونسا طریقہ اختیار کرنا چاہئے نرف کی شدت اور سرکوس (عرق) کے درجہ اتساع پر منحصر ہے بعض صورتوں میں ویجائنا (ہیمل) میں گرم نطول پہنچانے سے ایسی باز کشیدگی اور انقباض رحم پیدا ہوتا ہے کہ مزید نرف ہوئے بغیر دوم (بیضہ) خارج ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کافی نہ ہو تو یا تو ویجائنا (ہیمل) کا اصرام کر دینا چاہئے یا سرعت کے ساتھ رحم کو خالی کر دینا چاہئے (دیکھو صفحہ 696)۔ 149

نیز اگر جیند گھٹنے گزرنے کے بعد رحم نے اپنے مشمولات کو مکمل طور پر خارج نہ کیا ہو تو اُن کو خود نکالنا چاہئے۔ اس کی ضرورت خاص طور پر اُن صورتوں میں ہوتی ہے جن میں جزوی اخراج ہو چکا ہو۔ محسوس شدہ حاصلات کی صورت میں سپیس (عفونت) کا خطرہ ہوتا ہے اور یہ ایک بالکل غیر عاقلانہ فعل ہے کہ ان کو رحم میں کسی مدت تک پڑا رہنے دیا جائے، اس امید میں کہ وہ خارج ہو جائیں گے۔ ارتفاع پیش یقینی طور پر ایک قطعی دلیل ہے اس کی کہ مشمولات رحم کو فی الفور نکالاجائے۔ ساتھ ہی ساتھ اس امر پر زور دینا چاہئے کہ یہ بالکل نامناسب ہے کہ مداخلت میں اس حد تک تاخیر کی جائے کہ مشمولات رحم میں سرایت پیدا ہو جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عمل ایبارشن (استقاط) ایک چھوٹے پیمانہ کا وضع حمل ہے لہذا انصرام ایبارشن (استقاط) کا اصول وہی ہونا چاہئے جو انصرام وضع حمل میں بتایا گیا ہے۔ رحم خود دوم (بیضہ) کے خارج کرنے میں جتنا زیادہ حصہ لے اتنا ہی بہتر ہے۔ نصب العین یہ نہیں ہونا چاہئے کہ بیضہ کو کھینچ کر جتنا جلد ممکن ہو رحم کو خالی کر دیا جائے البتہ نرف یا ٹاکسیمیا (تسم دم) کی شاذ و نادر صورتوں میں ایسا کیا جاسکتا ہے۔

ان کیلیٹ ایبارشن (نامکمل استقاط) کا علاج۔ عمل ایبارشن (استقاط) میں شدید ترین خطرہ عفونت کا ہوتا ہے اور مشمولات رحم کی سرایت توگی صرف ایک مقامی تکلیف ہی نہیں بلکہ سپٹیسمیا (septicæmia = عفونت الدم) بھی پیدا کر سکتی ہے۔ مختلف مقامی حالتوں کا علاج نیز سپٹیسمیا (عفونت دم) کا علاج کسی دوسرے مقام پر مبیان ہوگا (ملاحظہ ہو صفحہ 542)۔ سرایت زدہ مشمولات رحم کو نہایت آہستگی سے نکالنا چاہئے۔ ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ انگلی پر ایک انگشتانہ چڑھا کر اس کو رحم میں داخل کیا جائے۔ اس امر کی بہت احتیاط کرنا چاہئے کہ اس لمفی باڑ میں جو سرایت زدہ مادوں کو باہر روکے رکھتی ہے کوئی مداخلت نہ کی جائے۔ چنانچہ کوئی تیز اوزار نہ استعمال کرنا چاہئے اور نہ رحم کو

کیوریت (curette = جرف) کرنا چاہئے۔ یہ خیال رکھنا بھی بہتر ہوگا کہ یہ دشوار نہیں ہے کہ ایک دھبائی اوزار رحم کی دیوار سے مارا ہو جائے جو کہ ان اصابتوں میں عموماً نرم ہوتی ہے۔
مشمولات کو نکالنے کے بعد کہنہ رحم کو کسی انٹی سپٹک (antiseptic = دافع عفونت) محلول سے ہلکے ہلکے نپول کرنا چاہئے۔

بار بار ایباریشن (اسقاط) کا علاج بعض مریضات میں عادتاً ایباریشن (اسقاط) واقع ہوئے کا رجحان پایا جاتا ہے؛ اگر سابق الذکر اسباب میں سے کسی بھی سبب کا انکشاف یا علاج نہ ہو سکے تو مریضات کو آرام کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے مریضات کو زمانہ حمل کا معتد بہ حصہ بستر پر پڑے پڑے گزارنا پڑے۔

مریضات کو ایسی غذا دینی چاہئے جس میں تمام وٹامینز (vitamines = حیاتیاتوں) کی افراط ہو، بشمول وٹامین ای (vitamine E = حیاتین) کے جو کہ نازہ یا خنک (لیٹوس (lettuce) نمازہ مٹروں اور گیہوں کے جرم (germ = نابتہ) میں پائی جاتی ہے۔ مریضہ کو نمکین پانی کی پھلی ہفتہ میں تین مرتبہ دینی چاہئے تاکہ اس کو آئیوڈین (iodine) کی کافی رسد ملتی رہے۔ کچھ شہادت موجود ہے کہ القلیز (قلیات) اور کیلشیم ناف ہیں، لہذا سوڈیم اور پوٹاشیم سٹریٹ (potassium citrate) اور کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) ہر ایک کے ۲-۴ گریں روزانہ دینے چاہئیں۔ ثبات کیا گیا ہے کہ کاربیس لوٹیم (جسم صفر) کا ہارمون پوسٹیریشیوٹری (غلفی غدہ نخامیہ) کے افراز کے فعل کا امتناع کرتا اور رحم کے انقباض کو روکتا ہے اور کاربیس لوٹیم (جسم صفر) کے خلاصہ بات دینے سے کچھ مفید نتائج درج کئے گئے ہیں۔ ہر گزین کے قرص دن میں تین مرتبہ کر کے دینے چاہئیں یا ایک سی سی کا شراب ہفتہ میں سہ بار دینا چاہئے۔ اگر اس خلاصہ کو زیر جلدی طور پر دیا جائے تو زیادہ فعال ہوتا ہے، لیکن براہ دہن دینے پر بھی کچھ فعل ضرور ہوتا ہے۔ افسوس کہ اس خلاصہ کی تسلی بخش طور پر تعبیر نہیں کی گئی۔

150

انٹیوٹریٹن ایس (antiutrin S) کو ایک سی سی خوراکوں میں درون عضلی طور پر ہر چوتھے یا پانچویں روز ۶ ہفتہ تک دیا جاسکتا ہے اور اس کے ذریعہ اووریز (مبیضوں) کی لومینی (lutein) بابت بڑھانے کی کوشش کی جاتی ہے۔

جیسے ہی حمل تشخیص ہو جائے اسی وقت علاج شروع کر دینا چاہئے اور کم از کم

سولہویں ہفتہ تک، بلکہ بعض مثالوں میں میعاد تک جاری رکھنا چاہئے۔

جنین کا رحم کے اندر ہی مرجانا

علاوہ اُن اصابتوں کے جن میں دوران وضع حمل میں بچہ دباؤ کی وجہ سے یا دثوا وضع حمل کے سبب سے مرجاتا ہے اکثر دیگر ایسی اصابتیں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن میں وہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل ہی رحم میں مرجاتا ہے۔

عموماً اس کے بعد بچہ رحم سے خارج ہو جاتا ہے۔ حمل کے ابتدائی بیس ہفتوں میں بالعموم اس امر کا فیصلہ کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی لہذا جنین کی تھمسکیج (miscarriage = املاص) کا سبب ہوئی ہے یا خود مسکیج (املاص) جنین کی موت کا باعث ہوا۔ تاہم بعض مستثنیٰ صورتوں میں مراد ہوا جنین فوراً رحم سے خارج نہیں ہوتا، بلکہ مہینوں تک محبوس رہتا ہے جسے مسڈ ایبارشن (missed abortion = غیر خارج استقاط) کہتے ہیں۔

سبب

انٹی نیٹل (قبل ولادتی) موت کے اسباب نامکمل طور پر سمجھے گئے ہیں۔ اغلباً یہ بہت کچھ وہی ہیں جو پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کے ہیں، کیونکہ ماسوائے در صورتوں کے (مسڈ ایبارشن = غیر خارج استقاط) جنین کی موت کے ۲ تا ۲۰ یوم کے بعد جنین کا اخراج ہو جاتا ہے۔ چند صورتوں میں موت کا سبب صاف عیاں ہوتا ہے۔ دیگر صورتوں میں پلیسٹا (مشیمہ) کے وٹیفوں پر غور کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ پلیسٹا (مشیمہ) کا ہی نقص ہے۔

جنین کی موت کے اسباب کی تقسیم مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیجا سکتی

ہے۔

۱۔ سموم (۱) وہ جو عضویات کے سبب سے ہوں، جیسے آتشک، ملیریا اور زائیکا

(zymotic = اختماری) امراض۔

(ب) وہ جو عضویات کے سبب سے نہوں جیسے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور ڈایا بیٹیز (diabetes = ذیابیطس) کے سموم۔

(ج) کیمیاوی زہر جیسے سیمہ الکحل (alcohol)۔

۲۔ پلیسینٹا (مشیمہ) میں دورانِ خون کی رکاوٹ۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پلیسینٹا (مشیمہ) کا ایک بڑا حصہ جدا ہو جاتا ہے جیسے انٹی پارٹم (قبلِ ولادت) کی زلف میں یا اس کی وجہ وسیع علقیت یا پلیسینٹا (مشیمہ) کا سفید ان فارشن (انفعام) ہوتا ہے۔

۳۔ نشو و نما۔ جیسے سنگ کڈنی (cystic kidney = دویری گروے) یوریتھرا (urethra = مجری البول) کا غیر مشقوب ہونا۔

۴۔ ضربِ رجنس سے کہ بچہ کو براہِ راست ضرر پہنچے۔ یہ نادر ہے۔

۵۔ امبلاسل کارڈ (جمل السری) میں گرہیں۔ یہ کبھی کبھی جنینی دورانِ خون میں خلل انداز ہوتی ہیں اور اس طرح موت کا سبب ہوتی ہیں۔

۶۔ نامعلوم اسباب۔ بعض صورتوں میں موت کے سبب کا پتہ نہیں چل سکتا۔ اگر بغیر کسی ظاہری سبب کے کسی طہینہ کے ہاں میسرےٹڈ (macerated = تقطیع شدہ) بچہ پیدا ہو یا مخصوص اگر ایسا ایک بار سے زیادہ وقوع پذیر ہو تو یہ امراض کی جانب اشارہ کرتا ہے۔ جنین کے جگر کا خاص طور پر معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں سپاروکیٹیز (spirochaetes = پیچ موئے) ہیں یا نہیں اور ماں باپ دونوں کے خون کا وائزمنی (Wassermann) امتحان کرنا چاہئے۔

ایک سو چار درجہ سے زیادہ بخار کی صورتوں میں جنین کی موت ایک عام امر ہو لیکن یہ کہنا دشوار ہے کہ آیا موت ٹاگیمیا (نہم دم) کی وجہ سے ہوتی ہے یا ہائپر پارکیمیا (hyperpyrexia = بیش تپ) کے سبب سے۔

مرضیاتی تشریح

جنین عموماً میسرےٹڈ (تطمین شدہ) حالت میں پیدا ہوتا ہے یعنی اس کی جلد اُدھرتی ہوتی ہے اور بلڈ پگمنٹ (blood-pigment = دوسوی لون) کے انجذاب کی وجہ سے

جلد پر کلاہی بھورے دھبے ہوتے ہیں۔ کل جسم نرم اور بے تنش ہوتا ہے اور جسم کی ہڈیاں ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور آسانی ایک دوسرے پر حرکت کر سکتی ہیں۔ لاکر ایمنائی (رصل) میں اور جلد مصلی کہفوں کے سیال میں بلڈ کمپنٹ (دموی لون) ہوتے ہیں۔ میسریشن (تطعین) سرعت سے شروع ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ موت کے چوبیس گھنٹہ بعد کافی ترقی پا چکی ہو۔ یہ ضروری نہیں کہ اس کے ساتھ بد بو بھی ہو۔

اگر جنین میسریشن (تطعین شدہ) نہ ہو تو ممکن ہے کہ خشک ہو جائے اور اس کی میمیفیکیشن (mummification = تحنيط) ہو جائے اور انجام کار یہ فیٹس کا مپرسیس (foetus compressus = جنین مضبوط) یا فیٹس پیپریس (foetus papyraceus = جنین کاغذی) کی صورت اختیار کر لے۔ ایسا عموماً اس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ توامون میں سے ایک مرحلے اس صورت میں مردہ بچہ محسوس ہو جاتا ہے اور تندرست بچہ کے غشیہ کے ساتھ پیدا ہوتا ہے۔

اگر غشیہ شق ہو جائیں یا جراثیم جنین تک پہنچ جائیں تو ممکن ہے ڈی کمپوزیشن (decomposition = تحلیل) واقع ہو جائے۔

علامات و تشخیص

مریضہ خود محسوس کرتی ہے کہ کئی روز یا زیادہ دن سے جنینی حرکات محسوس نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پستان الیم نہ رہیں اور جسامت میں گھٹ جائیں۔ متلی اور قے جو پہلے سو موجود تھے ممکن ہے کہ دفعتاً بند ہو جائے۔ اس حالت میں دیگر علامات مثلاً اعضا شکنی، الکسی منہ کا مزا خراب ہونا، اور بھوک نہ ہونا بھی بیان کی گئی ہیں مگر عموماً یہ موجود نہیں ہوتیں۔

معائنہ کرنے پر حسب ذیل قطعی امارات پائے جاتے ہیں۔

جنینی قلبی آوازوں کی عدم موجودگی - ایک طبی صابت میں بھی ۲۸ ہفتوں سے قبل قلبی آوازوں کا سنائی دینا مشکل ہوتا ہے لیکن اس مدت عمل کے گزرنے کے بعد اگر ایک ماہر مشاہد کسی خاموش مقام پر بغور استماع کرنے پر بھی ان کو نہ سُن سکے تو جنین کے

مر جانے کی بہت قوی شہادت ہوگی، بالخصوص اس صورت میں جبکہ وہی شخص قلب کی آوازوں کو اس سے پہلے سُن چکا ہو۔ ساتھ ہی ساتھ جنینی حرکات کی عدم موجودگی بھی دیکھی جاسکتی ہے۔

بالیدگی رحم کا رُک جانا۔ ممکن ہے کہ جس قدر امینوریا (احتباس الطمث) کی مدت کے لحاظ سے توقع ہے اس سے رحم چھوٹا پایا جائے۔ لیکن یہ یاد رہے کہ ایک مغالطہ بھی پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ ممکن ہے کہ اتنقرار حمل امینوریا (احتباس الطمث) کے دوران میں واقع ہوا ہو۔ اس سے زیادہ صحیح کسوٹی یہ ہے کہ یہ مشاہدہ کیا جائے کہ ایک مدت معین، مثلاً ایک ماہ میں رحم کی جہالت میں کیا تغیر واقع ہوتا ہے۔ ایسا کرنے کے لئے مثلاً کوغالی کرنا چاہئے اور رحم کے فنڈس (قعر) کے لیول کو جلد پر روشنائی یا سلور نائٹریٹ (silver nitrate) سے نشان زد کر دینا چاہئے۔ مریضہ کا پیچہ ہفتہ وار معائنہ کیا جاتا ہے اور فنڈس پوٹرائی (قعر رحم) کے لیول کو دیکھا جاتا ہے۔ اگر چار ہفتوں میں کوئی کلائی نہ نظر آئے تو یہ اس امر کی تقریباً یقینی شہادت ہے کہ رحم میں ایک مردہ جنین محبوس ہے۔ بعض اصاباتوں میں نہ صرف رحم کا بڑھنا رک جاتا ہے، بلکہ لائیکرا امینائی (رصل) کے انجذاب کی وجہ سے رحم حقیقی طور پر چھوٹا ہو جاتا ہے۔

رحم کی کثافت میں تغیر۔ اگر لائیکرا امینائی (رصل) کسی زیادہ حد تک جذب ہو جائے، تو رحم کی کثافت زیادہ مضبوط اور مزاحم ہو جاتی ہے اور اس کی لچک باقی رہتی ہے۔

بعض اوقات بچہ کی موت کے کچھ روز بعد پستانوں میں کولاسٹرم (لبا) کا آزادانہ افراز پیدا ہوتا ہے۔

وہجائنا (مہل) کے معائنہ پر سرواٹکل (عنقی) مخاط کا مواد تبدیل شدہ خون کی وجہ سے بھور پایا جاتا ہے۔ جنین کے فوت ہو جانے کی یہ کوئی تشخیصی امارت نہیں ہے کیونکہ اتفاقی زنف اور دیگر کیفیات میں بھی ایسا واقع ہوتا ہے۔ اگر سروکس (عنق) اتنا کافی منع ہو کہ انگلی داخل ہو سکے اور حجم کی ڈیپلی ہڈیاں جس کی جاسکیں، تو تشخیص قطعی طور پر کیجا سکتی ہے یہ امارت شکمی معائنہ پر بھی دیکھی جاسکتی ہے۔ ایک ریڈیو گرام (radiogram = شعاع نگاشت) ممکن ہے جمجمی ہڈیوں کا تراکب ظاہر کرے۔ زائڈک ایشیم (Zondek Aschheim) کا شیفہ جنین کی موت کے بعد ایک ہفتہ کے اندر منفی ہو جاتا ہے،

لیکن یہ کاشفہ ایسے حالات میں غیر معتبر ہوتا ہے۔

اس سے معلوم ہوگا کہ مریضہ کے تحض ایک بار معائنہ کرنے پر جنین کی موت کی تشخیص کرنا ایک دشوار امر ہے اور عموماً مناسب طریقہ یہ ہوگا کہ یہ فیصلہ کرنے سے قبل کہ بچہ زندہ ہے یا فوت ہو گیا ہے مریضہ کو چند ہفتوں تک زیر نگرانی رکھا جائے جنہیں حرکات بند ہو جانے کے متعلق مریضہ کے بیان کو بہت کم اہمیت دینا چاہئے، کیونکہ مریضہ اکثر جنہیں حرکات کو معانی حرکات سے خلط ملط کر دیتی ہیں۔

علاج

153

غالباً بیشتر صورتوں میں جنین کے فوت ہونے کے بعد فوراً ہی وضع حمل شروع ہو جاتا ہے۔ تاہم ایسی صورتیں بھی ہیں جن میں ہلاکت جنین کے امارت صاف طور پر موجود ہوتے ہیں لیکن کئی ہفتوں کے بعد بھی وضع حمل خود بخود شروع نہیں ہوتا۔ ان صورتوں میں مداخلت کی کوئی فوری ضرورت نہیں ہوتی، کیونکہ مریضہ کی صحت خراب نہیں ہوتی۔ اگر یہ سمجھا جائے کہ حمل کو ختم ہی کر دینا مناسب ہے تو کسٹرائیل (castor oil = انڈی کاتیل) اور کوئین (quinine) کا یا پشٹوری (pituitary = نخامیہ) کا ٹیکنک (طرز عمل) آزمانا چاہئے لیکن اگر ممکن ہو تو بوجیز (bougies = شعات) یا اس کے مماثل طریقوں سے اجتناب کرنا چاہئے، کیونکہ ان اصابتوں میں این اروبک (anærobic = نا ہوا باش) عفویات سے ہرایت ہونے کا اندیشہ ہے۔

جوں ہی کہ بیورپیریم (puerperium = زمانہ نفاس) بخیریت گزر جائے تو اس کی ضرورت ہوگی کہ حتی الامکان جنین کی موت کے سبب کا علاج کیا جائے تاکہ امندہ حمل کا اس طرح اختتام روکا جائے۔

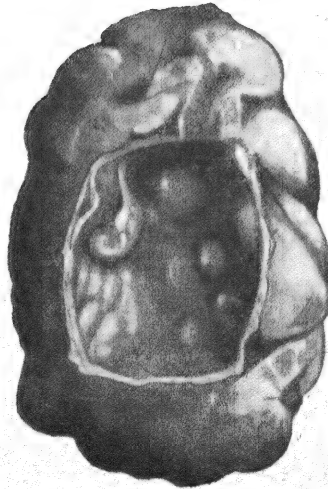
اگر وائسبرین (Wassermann) کے تعامل کی مدد لی جائے اور سپارو کٹیز = spirochætes پیچھ موئے) دیکھنے کے لئے جنہیں بافتوں کا براہ راست امتحان کیا جائے تو یہ امر قطعی طور پر شخص کرنا ممکن ہوگا کہ آیا آتشک موت کا سبب ہے کہ نہیں۔ اگر یہی سبب ہے تو مریضہ کا مناسب علاج کرنا ہوگا۔

باب پانزدہم

مولر پگیننسی (= molar pregnancy) جنین کا ذکا حمل،

کارنئس مول (= carneous mole) لحمی جنین کا ذب

کارنئس مول (لحمی جنین کا ذب) ایک مردہ بیضہ ہے جو حمل کے ابتدائی



تصویر ۳۳۔ کارنئس مول (لحمی جنین کا ذب)۔ ایسٹیا ملک ریک (انفسی تاج) کو کھولنے کے لئے اس میں سے ایک دریچہ کا لیا گیا ہے اور پورے ایک ٹھنڈے ہو جانے اور خون کے نکلنے کے بعد کہہ میں بھر پڑتا ہے۔

ہمیں میں اور بالعموم قبل اس کے کہ ٹکون پلینٹا (مشیمہ) ہو برباد ہو چکا ہوتا ہے۔ یہ بربادی یا تو خفیف مسلسل نرف سے یا مکرر چھوٹے چھوٹے نرفوں سے واقع ہوتی ہے۔ نرف کا صحیح سبب نامعلوم ہے، لیکن یہ ڈسٹوا (غشاء ساقط) میں اور کوریو ڈسٹوئل سپیس (سلوی ساقطی فضا) میں واقع ہوتا ہے، اور اس کا خون ماں سے مانخوذ ہوتا ہے۔ اگر نرف کافی دفعہ یا کافی وسیع ہو، تو ایبارکشن (استقاط) بھی واقع ہوتا ہے۔ اگر ایسا نہ ہو تو انصبابی خون بالآخر اووم (بیضہ) کو گھیر لیتا ہے، اور کوریانک ممیزین (سلوی جھلی) اور ولانی (خملات) کم و بیش برباد ہو جاتے ہیں۔ خون بالعموم غیر مساوی طور پر تقسیم ہو جاتا ہے، اور انبیان (انفس) کے اندر ابھرنے سے بے قاعدہ فرقات نکل آتے ہیں اور ایک ایسا منظر پیدا ہوتا ہے جو ٹیوبرس مول (tuberous mole = حدیبہ دار جنین کا ذب) کا نام سمجھاتا ہے۔ اس طرح پر

وعا بدر شدہ خون، نویاب اووم (بیضہ) کو اپنی رسد سے محروم کر دیتا ہے جس سے اووم (بیضہ) فوت ہو جاتا ہے۔

155

امنیان (انفس) جو ایک مزاحم جھلی ہوتی ہے، عموماً خون کے تھکے کے بیچ میں صحیح و سالم پایا جاتا ہے۔ لیکن شاذ و نادر مواقع پر انبیان (انفس) کے کہیں ہی میں نرف واقع ہوتا ہے۔ اس سے جنین فوت ہو جاتا ہے [قدیم اصطلاح بلائسٹ اووم (blighted ovum = افسردہ بیضہ) اسی پر عائد ہوتی ہے] اور اووم (بیضہ) یا تو مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے یا لائکر ایمینائی (رصل) میں بے نقضیہ پایا جاتا ہے۔ جنین کے نوکے درجہ اور کہفہ انبیان (انفس) کی جسامت کے درمیان اکثر ایک نمایاں عدم تناسب پایا جاتا ہے جس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ اس کی وجہ لائکر ایمینائی (رصل) کا بہت زیادہ مقدار میں موجود ہونا ہے۔

مکن ہے کہ برباد شدہ اووم (بیضہ) رحم میں بہت ہفتوں تک محبوس رہے۔ اس عرصہ میں بیضہ کو محصور کر کے والے خون کے سیال اجزاء جذب ہو جائیں گے، اور دیوار ”لحمی“ ہو جائے گی، چنانچہ اس حالت کو ”فلیشی مول“ (fleshy mole = لحمی جنین کا ذب) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اس کی تراش میں بسا اوقات دیوار کی شکل ورقہ دار نظر آتی ہے، اور اگر کچھ حصہ کا بذریعہ خرد بین معائنہ کیا جائے، تو خون کے تھکے میں انحطاط یافتہ کوریانک ولانی (سلوی خملات) نظر آتے ہیں۔

ہمیزوں میں، اور بالعموم قبل اس کے کہ ٹکونین پلسینٹا (مشیمہ) ہو، برباد ہو چکا ہوتا ہے۔ یہ بربادی یا تو خفیف مسلسل نرف سے یا مکرر چھوٹے چھوٹے نرفوں سے واقع ہوتی ہے۔ نرف کا صحیح سبب نامعلوم ہے، لیکن یہ ڈسٹوا (غشاء ساقط) میں اور کوریو ڈسٹوئل سپیس (سلوی ساقطی فضا) میں واقع ہوتا ہے، اور اس کا خون ماں سے مانخوذ ہوتا ہے۔ اگر نرف کافی دفعۃً یا کافی وسیع ہو، تو ایبارکشن (استقاط) بھی واقع ہوتا ہے۔ اگر ایسا نہ ہو تو انصبابی خون بالآخر اووم (بیضہ) کو گھیر لیتا ہے، اور کوریانک ممبرین (سلوی جھلی) اور ولانی (خملات) کم و بیش برباد ہو جاتے ہیں۔ خون بالعموم غیر مساوی طور پر تقسیم ہو جاتا ہے، اور انبیان (انفس) کے اندر ابھرنے سے بے قاعدہ فلزات نکل آتے ہیں، اور ایک ایسا منظر پیدا ہوتا ہے جو ٹیوبرس مول (tuberous mole = حدیبہ دار جنین کا ذب) کا نام سمجھاتا ہے۔ اس طرح پر

وعا بدر شدہ خون، نویاب اووم (بیضہ) کو اپنی رسد سے محروم کر دیتا ہے جس سے اووم (بیضہ) فوت ہو جاتا ہے۔

155

امنیان (انفس) جو ایک مزاحم جھلی ہوتی ہے، عموماً خون کے تھکے کے بیچ میں صحیح و سالم پایا جاتا ہے۔ لیکن شاذ و نادر مواقع پر انبیان (انفس) کے کہنہ ہی میں نرف واقع ہوتا ہے۔ اس سے جنین فوت ہو جاتا ہے [قدیم اصطلاح بلاسٹڈ اووم (blighted ovum = افسردہ بیضہ) اسی پر عائد ہوتی ہے] اور اووم (بیضہ) یا تو مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے، یا لاکھڑا ایمینائی (رحل) میں بے نقضیہ پایا جاتا ہے۔ جنین کے نو کے درجہ اور کہنہ انبیان (انفس) کی جسامت کے درمیان اکثر ایک نمایاں عدم تناسب پایا جاتا ہے جس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ اس کی وجہ لاکھڑا ایمینائی (رحل) کا بہت زیادہ مقدار میں موجود ہونا ہے۔

مکن ہے کہ برباد شدہ اووم (بیضہ) رحم میں بہت ہفتوں تک محبوس رہے۔ اس عرصہ میں بیضہ کو محصور کرنے والے خون کے سیال اجزاء جذب ہو جائیں گے، اور دیوار ”لچی“ ہو جائے گی، چنانچہ اس حالت کو ”فلیشی مول“ (fleshy mole = لحمی جنین کا ذب) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اس کی تراش میں بسا اوقات دیوار کی شکل ورقہ دار نظر آتی ہے، اور اگر کچھ حصہ کا بذریعہ خردین معائنہ کیا جائے، تو خون کے تھکے میں اس خطا یافتہ کوریانک ولانی (سلوی خملات) نظر آتے ہیں۔

علامات

جب تک کہ اووم (بیضہ) برباد نہیں ہوتا، حمل سرسریاتی حیثیت سے طبعی ہوتا ہے۔ اس لئے اولاً اس کے ہمراہ حمل کے ابتدائی علامات ہوتے ہیں جو مختلف افراد میں بہت ہی مختلف درجہ تک ممتاز ہوتے ہیں۔ اس کے بعد اووم (بیضہ) برباد ہو جاتا ہے اور پستانی فعالیت اور مارٹنگ سکنس (صبح کی منلی) غائب ہو جاتی ہے۔ شروع میں ممکن ہے کہ خفیف ویجائسل (ہسلی) نزف موجود ہو، جبکہ سرسریاتی حیثیت سے اس اصابت کو ٹھہرینڈ ایبارشن (استقاط مخطور) سے تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ بعض اوقات صرف تھوڑا سا سرخی مائل مواد دیکھا جاتا ہے، اور وہ اکثر اتنا ذرا سا ہوتا ہے کہ مر بیضہ اس کو نظر انداز کر دیتی ہے۔ بہر کیف مشمولات رحم خارج نہیں ہوتے، اور یہ عمل کچھ وقت کے لئے بند ہو جاتا ہے لیکن چونکہ رحم خالی نہیں ہوتا، لہذا حیض از سر نو جاری نہیں ہوتا۔

بائی مینول (دوستی) امتحان پر رحم معمول سے زیادہ سخت اور معمول سے کم لوچا پایا جاتا ہے، اور اس میں انقباضات نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ پہلے تو رحم طبعی جات سے زیادہ بڑا ہوتا ہے لیکن بجائے اس کے کہ یہ بتدریج جسامت میں بڑھ جائے، جوں جوں سیال جذب ہوتا ہے، یہ جسامت میں اور گھٹتا ہے۔ چنانچہ اس کی جسامت مفرود مدت حمل سے کوئی مطابقت نہیں رکھتی۔ انجام کار ایک عرصہ کے بعد جو چند ہفتوں سے لیکر تین یا چار ماہ تک بلکہ زیادہ ہو سکتا ہے، یہ مول (جنین کا ذب) خارج ہو جاتا ہے۔

تشخیص

یہ حالت صرف مشمولات رحم کے معائنہ ہی سے بتیقن تشخیص ہو سکتی ہے۔ ان کے خارج ہو چکنے کے بعد اس حالت کو حمل کی اس صورت سے تمیز کرنا ہوتا ہے کہ جس میں اووم (بیضہ) زندہ ہوتا ہے۔ آخر الذکر صورت میں رحم نرم اور لوچدار ہوگا، انقباضات شناخت کئے جائیں گے، اور جوں جوں مدت حمل بڑھے گی، رحم بتدریج اپنی جسامت میں

بڑھے گا۔

نیز اس کی طبعی امارات بعض لحاظ سے فائبرائڈ (یعنی سلعات) سے ملتی جلتی ہوتی ہیں، لیکن موخر الذکر صورت میں روئداد مختلف ہوتی ہے یعنی غالباً حیض باقاعدہ اور کثرت سے ہوتا ہے۔

ہائیڈیٹھ فارم مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) کی تشخیص کے لئے دیکھو صفحہ 160۔

علاج

158

مول (جنین کا ذب) جلد یا بدیر ایک جسم غریب کے مثل عمل کرتا ہے اور خاج ہوتا ہے۔ مگر ممکن ہے کہ برابر خون جاری رہنے کی وجہ سے یا بدبو دار رطوبت یا دریا ارتقاع پیش کی وجہ سے اسے نکالنے کی ضرورت پڑے۔ یا عورت کا پیانہ صبر لبریز ہو جائے اور وجہ اپنی نازک حالت کی وجہ سے اس کے نکلوانے کا خود مطالبہ کرے۔

تھریٹنڈ ایبارشن (استفادہ مخطور) کی صورتوں میں اس وقت جبکہ اووم (بیضہ) فوت ہو کر ایک کارنئس مول (لمحی جنین کا ذب) بن گیا ہو، ہمیشہ مناسب ہوتا ہے کہ رحم کی بالیدگی پر نظر رکھی جائے۔ ارگٹ یا اس سے بھی بہتر پیشوٹری اکیسٹریکٹ (خلاصہ نیامیہ) تین یونٹ ہر دو گھنٹہ بعد ۱۲ گھنٹہ تک دے کر یہ کوشش کرنی چاہئے کہ رحم میں اپنے مشمولات کو خاج کر دینے کی تحریک پیدا ہو۔

ان شاذ و نادر صورتوں میں کہ جن میں کارنئس مول (لمحی جنین کا ذب) کا نکالنا ضروری ہوتا ہے، سروکس (عنتق) کا اتساع کرنا ایک دشوار امر ثابت ہوتا ہے۔ اس موقع پر لیمینیریا ٹنٹ (laminaria tent = فیتیلہ لماریا) بہت کارآمد ہوگا۔ ممکن ہے کہ ٹنٹ (tent = فیتیلہ) رحم کو اتنا تحریک میں لائے کہ رحم از خود اخراج کر دے۔ اگر اس سے ایسا نہ ہو تو کم از کم سروکس (عنتق) کا مزید اتساع آسان تر و محفوظ تر ہو جاتا ہے اور ایک چھوٹے اووم فار سپرز (بیضی کلاب) کے ذریعہ مول (جنین کا ذب) کو نکالا جاسکتا ہے۔

ہوتی ہے جبکہ کل کوریان (سلی) خلات سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اس وقت انیاٹک سیک (نفسی ناچہ) عموماً ناقابل اتیاز ہوتی ہے اور مضغہ نہیں دیکھا جاسکتا اس لئے کہ یہ بہت ابتدا میں فوت ہو کر ریزہ ریزہ ہو گیا ہوتا ہے (تصویر ۳۴) کوریانک (سلوی) تغیر ہمیشہ ہمہ گیر نہیں ہوتا، کبھی کبھی پوری میعاد پر پلیٹا (مشیمہ) کے ایک چھوٹے رقبہ میں بائیڈیٹیفام (کیسیہ نما) انحطاط دیکھا گیا ہے اور جنین زندہ اور طبعی پایا گیا ہے لیکن شاذ و نادر ایسا دیکھا گیا ہے کہ توام حمل میں ایک کوریان (سلی) مکمل طور پر بائیڈیٹیفام (کیسیہ نما) انحطاط سے متاثر ہو کر اس کا جنین برباد ہو گیا ہے اور دوسرے اووم (بیضہ) کا مضغہ طبعی پایا گیا ہے۔



ولائی (خلات) کی کلانی کی وجہ سے کوریان (سلی) اتنی ہی جگہ گھیر لیتا ہے جتنی کہ طبعی حل کا کل اووم (بیضہ) گھیرتا ہے۔ بہت سی صورتوں میں رحم کی جسامت اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی اسی مدت کے ایمنیوریا (احتباس الطمث) میں حامل رحم کی ہونی چاہئے۔ یہ بیشی جسامت خصوصیت سے ان صورتوں میں پائی جاتی ہے جن میں کوریان (سلی) کے جدا ہونے کی وجہ سے رحم میں پوشیدہ نرف ہو چکا ہو۔

تصویر ۳۴۔ اووم (بیضہ) کا ہمہ گیر بائیڈیٹیفام (کیسیہ نما) انحطاط یہ غیر معمولی زیادتی جسامت اکثر تھوڑی مدت میں واقع ہوتی ہے اور رحم میں تمدد پیدا کرتی ہے جس کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔

کیسکوں کی جسامت خرد بینی سے لے کر طویل ترین قطر میں تقریباً تین سنی میٹر تک پائی جاتی ہے۔ سب سے بڑے کیسک عموماً بیضی شکل کے ہوتے ہیں صرف صغیر تر کیسک کرومی خاکہ کے ہوتے ہیں۔

خرد بین کے ذریعہ سے دیکھا جائے، تو کیسک، کوریانک و لس (سلوی خملہ) کی معمولی ساخت پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن ان میں ٹروفوبلاستک (trophoblastic = نہوض پرورشی) پوشش (یعنی کوریان ایپی تھیلیئم = epithelium = سلوی سرخملہ) کا بجد تکاثر پایا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ توصیلی بافت کا تہجی یا استقائی انحطاط نظر آتا ہے۔ گویا ولس (خملہ) ایک بیک وقت تکاثر و انحطاط ہو رہا ہوتا ہے۔ صغیر تر کیسکوں میں ولس (خملہ) کی توصیلی بافت اب بھی شناخت کی جاسکتی ہے، لیکن اُس کے خلوی عناصر انحطاط شدہ ہوتے ہیں اور ان کو سیال کے اجتماعات ایک دوسرے سے بہت جدا کئے ہوتے ہیں۔ کبیر تر کیسکوں میں توصیلی بافت اور دموی عروق بالکل غائب ہوتے ہیں اور بجز ایک دوسری دیوار کے جو کہ کوریانک ایپی تھیلیئم (سلوی سرخملہ) کی بنی ہوتی ہے، اور جس میں صاف سیال پایا جاتا ہے، کچھ باقی نہیں رہتا۔ زمانہ سابق میں یہ سیال ولس (خملہ) کی توصیلی بافت کے مخاطی یا مخاط تنزیلی انحطاط کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ مگر حال میں یہ دکھایا گیا ہے کہ سیال میں مخاط بالکل نہیں ہوتا، اس لئے اسے یہ سمجھا جاتا ہے کہ ابتداءً توصیلی بافت کا تہجی تغیر ہو کر اس میں ثانوی طور پر تنخر ہو جاتا ہے۔

158

کوریانک ایپی تھیلیئم (سلوی سرخملہ) کے دونوں اجزاء، ترکیبی میں تکاثر ہوتا ہے، چنانچہ لنگھنس (Langhans) کے خلیات کے عظیم اجتماع کے لئے جس میں فاعلانہ تکاثر ہو رہا ہوتا ہے، سینٹیئم (syncytium = کتلہ الخلا یا ایک بڑا ٹیٹوئل (plasmodia)) پوشش بناتا ہے۔ یہ آغیے ممکن ہے کہ اتنے بڑے ہوں کہ آنکھ سے دیکھے جاسکیں۔ کوریانک ایپی تھیلیئم (سلوی سرخملہ) کے یہ تودے جو کیسکوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں، اُن خلوی تودوں سے جو کوریان ایپی تھیلیوما (chorion-epithelioma = سلحہ سلوی سرخملی) کے نام سے موسوم خبیث بالیدگی کی خصوصیت ہیں، عملی طور پر ناقابل امتیاز ہیں۔ کوریانک ایپی تھیلیئم (سلوی سرخملہ) کا یہ فعلی تکاثر بائیڈیٹڈ بفارم مول (کیسینا جنین کا ذب) کی مرضیات کی ایک خاص خصوصیت ہے، اور اس کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ خود اووم (بیضہ) کی کسی ناقابل توجیہ بیماری کا اولین منظر ہے۔ ٹروفو بلاسٹک (نہوض پرورشی) پوشش کے دو طبقات کے نسبتاً بہت بڑھ جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مول (جنین کا ذب) میں رجمی دیوار کو کھانے کی اور متاثر کرنے کی طاقت بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔

سریر یا قی حیثیت سے اس کے زیادہ ہو جانے سے اہم نتائج واقع ہوتے ہیں چنانچہ بعض صورتوں میں دوائی (خملات) ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں کامل طور پر گھس جاتے ہیں اور رحمی عضلات میں انقباض پیدا کرتے ہیں، حتیٰ کہ ممکن ہے کہ پریٹونیم (باریطون) تنگ رسائی اور انقباض ہو جائے اور کھنکھ شکم میں نرف واقع ہو۔ گہرے نفوذ کی یہ طاقت نام نہاد خبیث ہائیڈیڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) کی امتیازی خصوصیت ہے جو شاید اکثر اوقات کوریان ایپی ٹیمیلوما (سلحہ سلوی سرطانی) کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ چنانچہ کوریان سلی کے محض ہائیڈیڈیفارم (hydatidiform = کیسیہ نما) انحطاط سے لے کر خبیث ثاقب مول (جنین کا ذب) تک ہر ایک درجہ پایا جاسکتا ہے۔ خرد بینی نقطہ نظر سے ان جملہ اقسام کی باقیات یکساں ہوتی ہیں اور مول (جنین کا ذب) کی نیچیات سے یہ فیصلہ کرنے کا کہ آیا کس مول (جنین کا ذب) کو خبیث تصور کرنا چاہئے اور کس کو نہیں کوئی ذریعہ نہیں ہوتا۔

ان اصابتوں میں یہ ایک عام امر ہے کہ ایک یا دونوں اووریز (بیضوں) میں دویری حالت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اووری (بیض) ایک مشت کے برابر بڑھ جائے اور اس کی سطح پر مختلف جامت کے کبوتر کے انڈے کے برابر تنک، دو یروں کی کثیر تعداد نظر آئے۔ خالی آنکھ سے دیکھنے پر اس کی تراش ایک دویری گردے کی تراش سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ دو یروں کی دیواریں بہت پستلی اور بعض اوقات شفاف ہوتی ہیں اور ان میں ایک رقیق سیال ہوتا ہے۔ زیر خرد بین اووری (بیض) میں لیوٹینی (lutein) خلیوں کی بہت زیادتی نظر آتی ہے۔ یہ دو یروں کی دیواریں مرتب نہیں ہوتے جیسے کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں مرتب ہوتے ہیں بلکہ یہ تمام اسٹروما (ہیکل) میں منتشر ہوتے ہیں۔ اگر مول (جنین کا ذب) خارج ہو جائے یا نکال دیا جائے اور مریضہ شفا یاب ہو جائے تو اووری (بیض) تبدیلہ اپنی طبعی جہت پر واپس آ جاتی ہے۔

یہ عام طور پر تسلیم کیا گیا ہے کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے اووریز درشدہ اووم (بیضہ) کی تفریش کے درمیان کوئی تعلق پایا جاتا ہے۔ اووریز (بیضوں) کی حالت جب اول اول دیکھی گئی تو یہ خیال پیش کیا گیا کہ لیوٹینی (lutein) بافت کی مقدار کی زیادتی

ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے بافر اٹکاثر کا سبب ہے۔ لیکن جدید تر خیال یہ ہے کہ ہائیڈیڈیفرام مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) اووم (بیضہ) کا ابتدائی مرض ہے اور ذوقین (بیضی) تغیرات جو بیان ہو چکے ہیں وہ ثانوی ہیں۔ ایسشم (Aschheim) اور دوسروں نے ثابت کیا ہے کہ پیشاب کا ہارمون کا نٹنٹ (harmone-content = ہارمونی بافہا) اس سے کئی گنا زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا طبعی حمل میں ہوتا ہے۔

علامات

خاص علامت زف ہے۔ زف بہت شروع میں یعنی آخری طبعی ایام کے چھ ہفتہ بعد دیکھا گیا ہے، لیکن یہ عموماً حمل کے تیسرے یا چوتھے ماہ میں واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات رحم کی غیر طبعی بڑی جسامت اور حرکات جنین کی عدم موجودگی جاذب توجہ ہوتی ہے۔

امارات

رحم بالعموم اس سے زیادہ بڑا ہوتا ہے کہ جتنا اسی مدت کے طبعی حمل میں ہوتا ہے لیکن ہمیشہ اتنا بڑا نہیں ہوتا (تصویر نمبر ۳۵) بلکہ درحقیقت بعض صورتیں ایسی درج ہوئی ہیں جن میں رحم واقعی نسبتاً چھوٹا تھا۔ رحم کی کثافت بالعموم تنیدہ ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ ایسی ہو جیسی کہ طبعی حمل میں ہوتی ہے۔ اکسٹرنل ٹینٹ external

ballottement = بیرونی ہنر) نہیں محسوس کیا جاسکتا اور نہ جنینی ضربات قلب



تصویر ۳۵۔ ہائیڈیڈیفرام (کیسیہ نما) انخراط۔ اس میں رحمی دیوار کا پتلا ہو جانا اور رحم کا بڑھ جانا دکھایا ہے۔

سنی جاسکتی ہیں، ماسوا اُن نہایت شاذ و نادر تو ام عمل کی صورتوں کے جن میں صرف ایک ہی اووم (بیضہ) متاثر ہوتا ہے۔

ویجائنل (مہلی) امتحان پر جنین بالکل محسوس نہیں ہو سکتا، لیکن تھریٹنڈ ایبارشن (استقاط مخطور) کے عمومی امارات، یعنی خفیف اتساع سروکس (عنق) اور نزف موجود ہوتے ہیں۔ اس کے بعد جبکہ سروکس (عنق) ایک انگشت داخل کرنے کے قابل متع ہو جاتا ہے، تو مول (جنین کا ذب) کو جسٹ کیا جاسکتا ہے اور تشخیص ظاہر ہو جاتی ہے۔

اُن اصابتوں میں جن میں کہ مول (جنین کا ذب) غیر معمولی طور پر بڑا ہوتا ہے، اکثر اوقات البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور ہیج اور کبھی کبھی شدید تھے ہوتی ہے۔

تشخیص

ٹائیڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) کو اس تھریٹنڈ میکج (threatened miscarriage = مخطور ملاص) سے جس میں باقی ہر طرح سے طبعی عمل ہوتا ہے، امتیاز کرنا پڑتا ہے۔ رحم کی جسامت، امارات جنین کی عدم موجودگی اور کیسکول کی موجودگی، خاص نکات ہیں۔ تھریٹنڈ ایبارشن (استقاط مخطور) کے ساتھ ٹائیڈریمیناس (کثرت رصل) کی موجودگی، بیلائٹ (ballotement = ہنر) اور جنین کی ضربات قلب سے مستنبط کیجا سکتی ہے۔ کان سیلڈ ایکٹیوئل ہیمرینج (پوشیدہ اتفاقی نزف) بہت مائل امارات ظاہر کرتا ہے اور اس کو صرف روداد کی بنا پر یا دفعۂ آغاز کی بنا پر امتیاز کیا جاسکتا ہے، لیکن بہت سی صورتوں میں دونوں حالتیں ایک ساتھ ہوتی ہیں۔ اُن اصابتوں میں جن کے ساتھ البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہج، اور قے ہوتی ہے، امارات جنین کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ یہ ٹائیڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) کی اصابت ہے، نہ کہ ٹاکسیمیا (تسمیم) اور معمولی حمل کی۔

زونڈک ایشیم (Zondek Aschheim) کا کاشفہ تشخیص کے لئے نہایت ہی مفید ثابت ہوا ہے، کیونکہ ٹائیڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کا ذب) میں مرقق شدہ پیٹاب کے ساتھ یہ کاشفہ مثبت ہوتا ہے۔ لہ ترقیق میں اس کا مثبت ہونا ایک معنی خیز

امر ہے اور بلے ترقیق میں ایسا ہونا ہائیڈیٹیفارم مول (کیسیہ ناجنین) کا قطعی طور پر شخص ہے۔ ایبارشن (استقاط) کے بعد چند ہفتہ تک غیر مرقق پٹاب کے ساتھ یہ کاشفہ مثبت رہ سکتا ہے، لیکن اگر ترقیق شدہ پٹاب برابر مثبت نتیجہ دیتا رہے تو اس سے کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرعلی) کے امکان کا زبردست خیال پیدا ہوتا ہے۔ آخر اگر وڈا حیض نہایت غور سے نہ مائل کی جائے تو ہائیڈیٹیفارم مول (کیسیہ ناجنین کا ذب) پر انحطاط یافتہ فائبرائیڈ (fibroid = لیفیہ) یا اویرین سسٹ (ovarian cyst = میضی دویرہ) کا مغالطہ ہونے کا سخت خطرہ ہے۔

انذار

نزف سے زندگی خطرہ میں پڑ سکتی ہے۔

مول (جنین کا ذب) کے اخراج کے دوران میں اور اس سے بھی زیادہ اس کو انگلی سے نکالتے وقت خطرناک نزف ہو سکتا ہے۔ چونکہ اس کے چھوٹے ٹکڑے رجمی دیوار سے چپکے ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ رحم بخوبی باز کشیدہ ہو، اور بعد ولادت کچھ شدید نزف واقع ہو، اور مریضہ کے لئے جو قبل ہی سے بے خون ہوتی ہے، ہلک ثابت ہو، عفونت۔ یہ پیچیدگی کثیر الوقوع ہے، کیونکہ رحم اپنے آپ کو تمام و کمال شاذ و نادر ہی خالی کرتا ہے، اور چپکے ہوئے حصوں کے لئے انگلی داخل کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔

دیوار رحم کا مائل۔ اگر ولائی (خلات) گہرے طور پر دخول کر جائیں اور دیوار رحم بہت تیلی ہو تو باریطون کے نیچے نزف واقع ہو سکتا ہے، بلکہ رحم کا انشقاق ہو سکتا ہے۔

191

کوریان ایپی تھیلیوما (chorion epithelioma = سلعہ سلوی سرعلی)۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ یہ انتہائی ہلک یا لیدگی ہائیڈیٹیفارم مول (hydatidiform mole = کیسیہ ناجنین کا ذب) کے بعد اس سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے، کہ جتنی دیگر قسم کے حمل میں واقع ہوتی ہے۔ اس لئے ہائیڈیٹیفارم مول (کیسیہ ناجنین کا ذب) کے خطرات کا اندازہ کرتے وقت کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرعلی) کے امکانی

و توقع کا خیال رکھنا چاہئے۔

علاج

علاج یہ ہوتا ہے :- رحم کو خالی کرنا، منقبض کرنا، اور باز کشیدہ کرنا۔ اگر مول (جنین کا ذب) کو انگلی سے نکالا جائے، تو بافراط نرف واقع ہو سکتا ہے۔ اس لئے رحم کو ہر موقع دینا چاہئے کہ وہ اس کو خود خارج کر دے۔ اگر مرض کے تشخیص ہوتے وقت آس (= os) فم رحم) کا اتساع نہ ہو، تو ایک ٹنٹ (tent = فتیلہ) داخل کرنا چاہئے۔ اگر ٹنٹ (فتیلہ) رحم میں اچھے انقباضات کی تحریک کرے تو مول (جنین کا ذب) عموماً خود بخود خارج ہو جاتا ہے۔ اگر رخی فعل سست ہو، تو پٹوسین (pitocin) اسے تحریک میں لانے کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اگر مریضہ کو اس وقت جبکہ وہ پہلی بار دیکھی گئی ہو، شدید نرف ہو رہا ہو، اور آس (فم رحم) کافی متسع ہو، تو رحم کے تخلیہ کے لئے مینوئل کامپریشن (manual compression = دستی ضغط) اور پشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ سخامیہ) استعمال کرنا چاہئے۔ جہاں تک ممکن ہو مول (جنین کا ذب) کو اوپر سے دبا کر نکالنا چاہئے، یہ نسبت اس کے کہ نیچے سے کھینچ کر نکالا جائے۔ گرم انٹرایوٹرائن (درون رحمی) نطول احسراج کا مفید ذریعہ ہے۔

جب تودہ کا بڑا حصہ خارج ہو جائے، تو رحم کے اندرونی حصہ کی انگلی سے تفتیش کر لینا چاہئے، اور پھر اس کو عقیم ٹنکچر آؤڈین میں ترکے ہوئے گاز کے ٹکڑے سے پونچھ لینا چاہئے۔ اووم فارسپز (ovum forceps = بیضی کلاب) یا کیورٹ (مجرف) کسی صورت میں استعمال نہ کرنا چاہئے، کیونکہ اس سے رحم کے مشقوب ہونے کا خطرہ ہے۔ گاہے زونڈک ایسشم (Zondek Aschheim) کے کاشف کے ذریعہ اس وقت تشخیص کر لی جاتی ہے جبکہ ابھی اووم (بیضہ) بالکل خارج نہیں ہوا ہوتا۔ ایسی صورت میں بعض سرجن اس کو ترجیح دیتے ہیں کہ شکمی تخلیہ کے ذریعہ رحم کو خالی کیا جائے۔ لیکن اگر بیضہ بیہوپاز (سن یاس) کے قریب ہو تو یہ زیادہ قرین دانش ہے کہ پورے رحم کو دور کر دیا جائے۔

پیورپریم (نفاس) کے دوران میں ارگٹ (ergot) دیا جاتا ہے۔ اگر لوکیا (lochia) چار ہفتہ کے اختتام پر بھی خون آلود ہو، تو رحم کو کیوریٹ (curette = جرف) کرنا چاہئے، اور اس کی سکرپنگز (scrapings = کھرچن) کو ماہر امراضیات کے پاس معائنہ کے لئے بھیجنا چاہئے۔ اگر بعد میں کوئی نزف واقع ہو، تو کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرحلی) کے امکان کے مد نظر رحم کی دوبارہ تفتیش کرنی چاہئے۔

مگر بائیڈیٹیفارم مول (کیسہ نما جنین کا ذب) کے بعد ثانوی طور پر پیدا شدہ کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرحلی) سے سرخ مواد کا اجرا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ بالید رحم کے کہفہ کے اندر نکلی ہوئی نہیں ہوتی بلکہ اس کی دیوار کے اندر واقع ہوتی ہے۔

باب شانزدہم

ایکسٹرایوٹرائن (EXTRA-UTERINE) خارج الرحم حمل

ایکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم) حمل کا زیادہ مفصل بیان اس کے ساتھ کی دوسری کتاب امراض النساء میں پایا جائے گا، لیکن ضرورت ہے کہ اس کی بعض خصوصیات کا مختصر تذکرہ علم الولادت کی کتاب میں بھی کیا جائے۔ یہ مضمون علم امراض النساء کے علاوہ علم الولادت کے تحت کئی طرح سے آتا ہے مثلاً ابتدائی ایکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم) حمل کو ایبارشن (اسقاط) اور حامل رحم کی ریٹروویشن (پس گردیدگی) سے تشخیص کرنے میں، ان اصابتوں کی تشخیص میں جن میں حمل کے دوران میں شدید درد ہو اور شاؤ و نادر ترقی یافتہ ایکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم) حمل اور طبعی حمل کے مابین تشخیص کرنے میں۔

علامات

بالعموم روداد یہ ہوتی ہے کہ ایک ماہواری نہیں آیا، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں ایمنوریہ (احتباس الطمث) کا کوئی وقفہ نہیں ہوتا۔ اس کے بعد یہ کہ مریضہ پر کم و بیش زبردست درد کا حملہ ہوا ہے، اور بعد ازاں رگی نرف ہوا ہے، جو کہ بالعموم صرف خفیف مقدار میں ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اور غالباً ان حملہ اصابتوں میں جن میں نرف خفیف مقدار میں ہوتا ہے، خون کا رنگ سیاہی لئے ہوتا ہے، اور اس مواد سے مشابہ ہوتا ہے جو رحم میں کارنئس مول (لمحی جنین کا ذب) پائے جانے کی صورت میں آتا ہے۔ مریضوں کی

کافی تعداد میں رحم کے ڈسڈوئل کا سٹرز (decidual casts = ساقطی ہانک) مکمل یا ٹکڑوں میں خارج ہوتے ہیں، لیکن اکثر مریضات کو اس کا پتہ نہیں چلتا۔ بعض افراد میں امینوریا (اختباس الطمث) کے دو یا چار ماہ گزر جاتے ہیں۔ ان اصابتوں میں اووم (بیضہ) ٹیوب (tube = انبوب) کی دیوار میں پرورش پاتا رہتا ہے، اور کوئی نرئی اختلال واقع نہیں ہوتا۔ اگر اکثر ایوٹراین (خارج الرحم) حمل کے ہمراہ اندرونی نر ف نہ ہو، تو اس صورت میں اگر درد ہو بھی، تو بالعموم زیادہ نہیں ہوتا۔ ٹیوب پر گینٹنی (tubal pregnancy = انبوبی حمل) کے عام انجام تین ہیں، یعنی مول (mole = جبین کا ذب) کی تکوین، ایبارشن (استقاط) اور ریجیر (انشقاق)۔ یہ انجام سب کے سب کھف کے اندر ہیں کہ اووم (بیضہ) ہوتا ہے، یا کھف کی دیواروں میں نر ف ہونے سے ہوتے ہیں۔ ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے کہ اکثر ایوٹراین (خارج الرحم) حمل پورے دن ہونے تک قائم رہے۔ ٹیوبل پر گینٹنی (انبوبی حمل) کی بیشتر اصابتوں کے حسرتناک انجام کی وجہ فلوپی انبوب کی تشریخی ساخت پر منحصر ہے جب اووم (بیضہ) رحم میں پیوست ہو جاتا ہے، تو اس کو ایک دبیز عروقی غشا یعنی اینڈو میٹریم (درون رحمہ) ملتی ہے۔ اس غشا میں ڈسڈوئل (ساقطی) تغیرات ہوتے ہیں اور اس کی دبازت معتد بہ حد تک بڑھتی ہے، اور اس میں بہت سے عروقی شعریہ، چھوٹی شریانیں، اور وریدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ پلیسینٹا (مشیمہ) کی تکوین کے وقت ڈسڈوا (غشا، ساقط) میں کوئی عظیم نر ف واقع نہیں ہوتا۔ جھوٹے عروق پر ٹروفوبلا سٹ (ناہضہ پرورشی) کا حملہ ہونے سے جو جریان خون واقع ہوتا ہے، وہ مقدار میں خفیف ہوتا ہے، لہذا وہ اووم (بیضہ) کے لئے خطرہ کا باعث نہیں ہوتا۔ برعکس اس کے فالوپین ٹیوب (فلوپی انبوب) میں قطع نظر مخاطی غشا کی شکلوں کے جو بڑھتے ہوئے اووم (بیضہ) کو جبکہ دینے کے لئے کافی بڑی نہیں ہوتیں، سر حملہ اور عضلہ کے درمیان بہت تھوڑی اتصالی بافت ہوتی ہے، اور دبیز ڈسڈوا (غشا، ساقط) بالکل نہیں ہوتا کہ جس میں اووم (بیضہ) نشو و نما پاسکے۔ فالوپین ٹیوب (فلوپی انبوب) میں ڈسڈوئل (ساقطی) تغیرات تو واقع ہوتے ہیں، لیکن کوئی دبیز ڈسڈوا (غشا، ساقط) تکوین نہیں پاتا، کیونکہ اتصالی بافت کی کوئی دبیز تہ نہیں ہوتی جس سے کہ وہ بن سکے۔ بدینہ جو ٹروفوبلا سٹ (ناہضہ پرورشی) جو کہ اووم (بیضہ) کی بیرونی سطح پر کھودنے والے علیات کا ایک فعال پرت ہے، فالوپین ٹیوب

(فالوپی انبوب) کے عضلہ میں کھو جاتا ہے۔ چنانچہ جس کہفہ میں اووم (بیضہ) ہوتا ہے وہ برونی جانب عضلہ اور پریٹونیم (باریطون) سے، اور اندرونی جانب کسی قدر عضلہ اور انبوبی مخاطی جھلی سے بنتا ہے۔ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کا حملہ بعض بڑے عروق پر ہوتا ہے اور جب یہ کھل جاتے ہیں تو جوئے خون کا فشار اکثر اس قابل ہوتا ہے کہ فیٹل سیل ماس (foetal cell-mass = جنینی خلوی تودہ) کی مقناومت کو توڑ ڈالے۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ ٹیوبل پریگننسی (انبوبی حمل) میں اووم (بیضہ) کے اندر نزف ہونا ایک عام بات ہے۔ بلڈ مول (blood-mole = دموی جنین کا ذب) کی تکوین جو کہ رحمی حمل میں شاذ ہوتی ہے، ٹیوبل پریگننسی (انبوبی حمل) میں ایک عام امر ہے جب اووم (بیضہ) نزف سے برباد ہو جاتا ہے، یعنی ٹیوبل مول (انبوبی جنین کا ذب) میں تبدیل ہو جاتا ہے، تو نزف رک جاتا ہے۔ اس صورت میں کوئی شدید علامات نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ مول (جنین کا ذب) بتدریج جذب ہو جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے کہ ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کا کھو دینے والا عمل فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوب) کی دیوار کو اس قدر کمزور کر دے کہ وہ تناؤ میں کسی بیشی کی متحمل نہ ہو کر ٹوٹ جائے۔ لیکن یہ کہفہ کی جس میں کہ اووم (بیضہ) ہوتا ہے، اندرونی دیوار ٹوٹ جائے، گو یا فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوب) کے اندر نزف واقع ہو جائے اسے انٹرا یوٹیرین (internal rupture = اندرونی انشقاق) کہتے ہیں۔ ان اصابتوں کا آئندہ ممر اس امر پر منحصر ہے کہ ابدائیل آسٹیم (abdominal osteum = شکمی قلم) بند ہے، یا کھلا۔ اگر وہ کھلا ہوگا، تو خون باہر نکل کر پریٹونیل کیوٹی (باریطوئی کہفہ) میں آئے گا، بعض اوقات محض تقاطع ہوگا، اور بعض اوقات بڑی دھاریں آئے گا۔ جب ایسا واقع ہوتا ہے، تو اس حالت کو ٹیوبل ایبارشن (tubal abortion = انبوبی استقاط) کہتے ہیں۔ طلبا اکثر خیال کرتے ہیں کہ ٹیوبل ایبارشن (انبوبی استقاط) میں مول (جنین کا ذب) رحم میں چلا جاتا ہے، اور براہ ویجاٹنا (مہبل) نکلتا ہے۔ یہ کہنا نامکن ہے کہ انٹرسٹیشل پریگننسی (interstitial pregnancy = بین خلائی حمل) کی اصابتوں میں ایسا کبھی نہیں ہوتا، لیکن ایسا ہونا اتنا نادر الوقع ہے کہ اسے قطعاً نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات مول (جنین کا ذب) اپنے انضمامات سے مکمل طور پر جدا ہو جاتا ہے، اور کم و بیش نزف کے ساتھ فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوب) کے ابدائیل آسٹیم (شکمی قلم)

کی راہ سے پریٹونیل کیوٹی (باریطونی کہنہ) میں نکل پڑتا ہے۔ اسے کیپسلیٹ ٹیوبل ایبارشن (مکمل انبوبی اسقاط) کہتے ہیں۔ اگر ایڈامیل آسٹیم (شکلی فم) سے جریان خون ہو چکنے کے باوجود مول (جنین کا قب) ہمنوز اپنی جگہ پر لگا رہے تو اسے مسڈ ٹیوبل ایبارشن (missed tubal abortion) غیر خالص انبوبی اسقاط) یا ٹیوبل مول (انبوبی جنین کا ذب) کہتے ہیں۔ یہ ممکن ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپي انبوب) میں نرف ہونے پر بھی مول (جنین کا ذب) کی تشکیل نہ ہو، لیکن ایسا شاذ و نادر ہو گا۔ بخلاف اس کے اکثر جب ٹیوبل ریچر (انبوبی انشقاق) واقع ہوتا ہے تو نرف سے اووم (بیضہ) برباد نہیں ہوتا۔ ٹیوبل ریچر (انبوبی انشقاق) کا مطلب یہ ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپي انبوب) کی بیرونی دیوار کا مسلسل ٹوٹ جانا ہے۔ یہ ہمیشہ ایسا تند عمل نہیں ہوتا جیسا کہ لفظ ریچر (انشقاق) سے مترشح ہوتا ہے ایسی صورت کے لئے "شما وکل" زیادہ موزوں لفظ ہے۔ بذریعہ علیہ جدا کئے ہوئے منوں کا معائنہ کیا جائے تو اکثر اوقات کچھ کمزور جگہیں پائی جاتی ہیں کہ جہاں ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) نے تکوین پلینتا (مشیمہ) کے عمل میں فالوپین ٹیوب (فالوپي انبوب) کی دیوار میں سوراخ کر دیا ہے حتیٰ کہ یہ پری ٹونیل (باریطونی) پرت تک پہنچ گیا ہے، بلکہ کبھی کبھی پریٹونیم (باریطون) بھی برباد ہو گیا ہے۔ بعض اوقات کوئی انشقاب پایا جاتا ہے جو فائبرن کے ایک چھوٹے قطعہ کے ذریعہ سزمہر ہو گیا ہے۔ اسے کان بیلڈ ریچر (= concealed rupture) مخفی انشقاق) کہتے ہیں۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ انٹرولس سپیس (intervillous space) = بین غلی فضا) بھی موجود ہوتی ہے کہ جس میں خون بھرا ہوتا ہے، اور خون ان مادی عروق سے بہا ہوا ہوتا ہے جن کی دیواریں ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے باعث برباد ہو چکتی ہیں۔ اگر یہ انٹرولس سپیس (بین غلی فضا) فالوپین ٹیوب (فالوپي انبوب) کی دیوار کے انشقاب کے ساتھ تعلق قائم کرے تو خون پری ٹونیل کیوٹی (باریطونی کہنہ) میں آجاتا ہے۔ ایک اور قسم کا ریچر (انشقاق) ان مثالوں میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں کہ ایک بڑے عروق کی دیوار کو ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) نے برباد کر دیا ہو۔ اس صورت میں خون کا ایک ہلہ ہوتا ہے جو اس کمزور جگہ کو جس کو مخفی ریچر (انشقاق) کے نام سے پکارا گیا ہے، توڑ کر نکل جاتا ہے، چنانچہ جریان براہ راست پریٹونیل کیوٹی (باریطونی کہنہ) میں خون بہاتی ہے۔ علیہ کرتے وقت یہ شاذ نہیں ہے کہ ٹیوبل (انبوبی) دیوار کے

سوراخ سے خون اچھل کر نکلتا ہوا پایا جائے۔ دیگر صورتوں میں ریچر (انشقاق) کی وجہ یہ معلوم ہوتی ہے کہ جس کہفہ میں اووم (بیضہ) ہوتا ہے، نرف واقع ہو کر اس کہفہ میں فتار کی زیادتی ہو جاتی ہے، نرف کا یہ سبب ہوتا ہے کہ سکون پلینٹا (مشیمہ) کے عمل کے دوران میں بڑے عروق متاثر ہو جاتے ہیں یا بائی میوئل (دوستی) امتحان کیا جاتا ہے یا مریضہ کا نکھتی ہے۔ اووم (بیضہ) کے ایک بلڈ مول (دموی جنین کا ذب) میں تبدیل ہو جاتے کے یہ معنی نہیں ہیں کہ فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوب) کے ریچر (انشقاق) کے خطرہ سے مریضہ محفوظ ہو جاتی ہے۔ اگر ایڈامیل آسٹیم (شنگلی فم) بند ہو جائے، اور کسی تازہ نرف کی وجہ سے فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوب) میں تناؤ کچھ بھی بڑھ جائے تو خواہ یہ تازہ نرف ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے تاجل سے ہو، یا فتار خون کی زیادتی سے ہو یا ٹیوب (انبوب) کے حقیقتہً بچنے سے ہو، یا کسی وجہ سے بھی ہو، کمزور ٹیوبل (انبوبی) دیوال کو توڑ دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

تشخیص ابتدائی اکسٹرایوٹرائن پرگنسی (خارج الرحم حمل)

165

اور ایبارشن (اسقاط) کے مابین

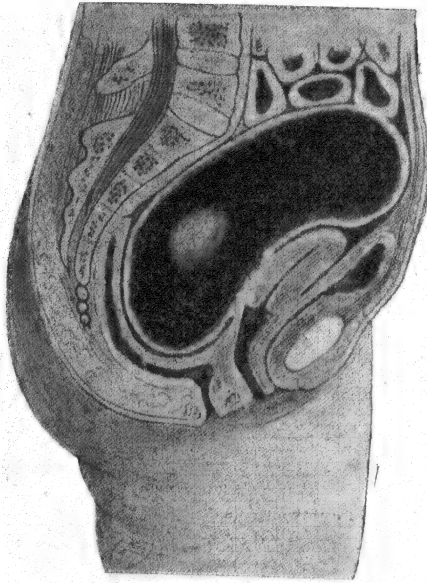
بغیر امتحان کئے یہ فرض کر لینا کہ حمل کے ابتدائی زمانہ کا جریان خون، تھریٹنڈ ایبارشن (threatened abortion = مخطور اسقاط) ہی کا نتیجہ ہے، کبھی خالی از خط نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ جریان خون رحمی حمل کی بعض دیگر پیچیدگیوں، یا اکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم) حمل کی وجہ سے ہو۔ بیشتر صورتوں میں اگر علامات اور طبعی امارات پر محتاط غور و خوض کیا جائے تو انٹرایوٹرائن (intra-uterine = داخل الرحم) اور اکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم) حمل کے مابین تشخیص کرنے میں مدد ملتی ہے۔ عام طور پر قاعدہ یہ ہے کہ حمل کے ابتدائی زمانہ میں شدید نرف اور خفیف درد کی وجہ تھریٹنڈ (مخطور) یا ان پوسٹیل (ناگزیر) ایبارشن (اسقاط) ہوتی ہے، بخلاف اس کے شدید درد اور خفیف نرف، اکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم)

حمل کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اکثر ایوٹرائن (خارج الرحم حمل) میں مریضہ اکثر اوقات یہ بیان کرتی ہے کہ درد ویسجائنا (مہبل) اور ریکٹم (=rectum = مستقیم) کی طرف جاتا ہے۔ رحم سے خارج ہونے سے خون سٹے غشتی، سرعت نبض، سپیدی رنگت، سب کی توجیہ نہیں ہو سکتی۔ خون کی نوعیت، یعنی اس کا سیاہ کافی گروئڈ (coffee-ground = درودقہوہ) کی مانند مادہ ہوتا شروع ہی سے یہ سمجھا جاتا ہے کہ اکثر ایوٹرائن (خارج الرحم حمل) موجود ہے۔ عموماً اکثر ایوٹرائن (خارج الرحم حمل) میں سروکس (عنق) اتنا نرم نہیں ہوتا، جتنا انٹرایوٹرائن (داخل الرحم) حمل میں ہوتا ہے۔ لیکن ایک دی ہوئی اصابت میں یہ کہنا کہ سروکس (عنق) امید کے مطابق نرم ہے کہ نہیں، ہرگز آسان نہیں ہے، بالخصوص اگر سروکس (عنق) کا امتحان "ٹاکل" کی موجودگی سے پیچیدہ ہو جائے۔ اگر بائی مینوئل (دوستی) امتحان کیا جائے تو ایکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم حمل) میں جسم رحم اتنا بڑھا ہوا نہیں پایا جاتا اور نہ اتنا نرم یا اتنا گلوب نما ہوتا ہے کہ جتنا انٹرایوٹرائن (داخل الرحم) حمل میں ہوتا ہے۔ اکثر ایوٹرائن (خارج الرحم حمل) میں ہیکر (Hegar) کی امارت نہیں معلوم کی جاسکتی۔ اکثر ایوٹرائن (خارج الرحم حمل) کی صورت میں محتاط بائی مینوئل (دوستی) امتحان کیا جائے تو عموماً رحم کے ایک جانب یا ایک جانب اور پیچھے ایک ورم پایا جاتا ہے، بشرطیکہ مریضہ موٹی نازی یا نازک نہ ہو۔ اگر بائی مینوئل (دوستی) امتحان دشوار ہو تو ایکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم حمل) میں تشخیص کے لئے ایک نہایت مشکل صورت اس وقت پیش آتی ہے جبکہ کسی موٹی نازی عورت کو چھوٹا سا اویرین سٹ (=ovarian cyst) مبیضی دوبرہ ہو، اور ساتھ ہی اس کو تھریٹنڈس کی رچ (مختلر املاص) بھی ہو۔ اسی صورت میں تشخیص کرنے میں نہایت اہم نکات، درد کی مقابلہ عدم موجودگی، کثافت رحم اور جریان خون کی نوعیت ہے۔

تیرہ یا تھری یا تیرہ ہفتہ کے حامل رحم کی ریٹرو وژن (پس گریدگی) اور ریٹرو یوٹرائن ہیمٹوسیل (=retro-uterine hæmatocele) پس رحمی قلیہ و مویہ کے درمیان میں

تا وقتیکہ محتاط امتحان نہ کیا جائے، ان کیفیتوں میں آسانی سے گڈ ٹو واقع ہو سکتی ہے۔

ریٹرو یوٹرائن ہیملٹوسیل (پس رحمی قیلہ دمویہ) سے مراد خون کا ایک اجتماع ہے جو عموماً حامل فالوپین ٹیوپ (انبوہ فالوپنی) سے آتا ہے (دیکھو امراض النساء) اور پیلیوس (حوض) میں دوسرہ بند ہو جاتا ہے (دیکھو تصویر ۳۶) اس کا حدود اربعہ یہ ہوتا ہے: نیچے پونچ آف ڈگلس (pouch of Douglas = ڈگلس کی جیب) سامنے رحم اور براڈ لیگانٹز (broad ligaments = رباطات عریض) پیچھے معاشقہ اور سیکرم (sacrum) اور اوپر امحالی باہم گمتھی ہوئی گندلیاں اور اونٹم (omentum = ثرب) اور اگر ایک بڑا اجتماع ہوا تو



تصویر ۳۶ (خاکہ نما) بڑا ہیملٹوسیل (قیلہ دمویہ) جو پیلیوس (حوض) کو معمور کر رہا ہے اور اوپر شکم تک پہنچ رہا ہے۔ رحم اوپر کی جانب اور آگے کی جانب ڈھکلا گیا ہے۔

اگلی شکلی دیوار کا نیچلا حصہ بھی۔ اگر ریٹرو یوٹرائن ہیملٹوسیل (پس رحمی قیلہ دمویہ) کافی بڑا ہو تو ممکن ہے کہ اس کی طبیعی امارات حامل رحم کی ریٹرو ورژن (پس گردیدگی) کی طبیعی امارات سے بہت مشابہ ہوں۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ احتیاس بول ہو۔ دونوں صورتوں میں سروکس (عنق) بلندی پر ہوتا ہے اور اس تک رسائی دشوار ہوتی ہے، اور دونوں صورتوں میں

دفع پذیر ہوتے ہیں مثلاً ممیفیکیشن (mummification = تحنيط) اور جنین کی لٹھو پوڈین فارمیشن (lithopædion formation = تجحر) اور نتیجہ ان کا بیان کتاب امرئ النساء میں پایا جائے گا۔

ترقی یافتہ اکسٹرایوٹرائن پگننسی (خارج الرحم حمل) کا علاج

ترقی یافتہ اکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم حمل) پائے جانے کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ جب فالوپین ٹیوب (فالوپائی انبوبہ) کی دیوار شقی ہوتی ہے، تو زندہ اور غیر مضر و کوریانک والائی (سلوی خلات) منکشف ہو جاتے ہیں، اور بالکل متصل ساختوں سے مثلاً اونٹم (omentum = ثرب) رحمی دیوار، براڈ لگامنٹ (رباط عریض) اور معاء سے چسپاں ہو جاتے ہیں۔ بعض صورتوں میں اووم (بیضہ) کا احاطہ کرنے والا تاجہ زیادہ تر براڈ لگامنٹ (رباط عریض) کا بنا ہوتا ہے، اور بعض صورتوں میں وہ خاص طور پر اکتسابی ہوتا ہے، یعنی انضمامات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ایک بدیہی امر ہے کہ جب پلیسینٹا (مشیمہ) ایسی ساختوں مثلاً معاء، پیلوک پریتونیم (pelvic peritoneum = حوضی باریطون) وغیرہ سے جدا ہو تو ناقابل اسداد جریان خون کا خطرہ ہے۔ لہذا اگر اکسٹرایوٹرائن (خارج الرحم حمل) کے ساتھ زندہ جنین حمل کے آخری مہینوں میں تشخیص ہو، تو بہترین علاج یہ ہے کہ مریضہ پر پوری نگاہ رکھی جائے، اور صرف اس وقت عملیہ کیا جائے جب کہ پوری ميعاد کے بعد بھی تین ماہ گزر جائیں۔ اس وقت مشیمہ میں علیقت پیدا ہو جائے گی اور بغیر کسی خطرناک جریان نو کے مشیمہ اپنی چسپیدگیوں سے علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔

اگر تشخیص کے متعلق کوئی شبہ ہو تو قبل اس کے کہ شکم کھولا جائے، رحم کا انقباض کر کے تشخیص طے کر لینی چاہئے۔

باب ہفتم ہائڈرامینیا (HYDRAMNOS = کثرت رصل)

اس اصطلاح سے مراد لاکر امینیا (رصل) کی ایک مفرط مقدار کا موجود ہونا ہے۔ یہ امر معلوم نہیں کہ ٹھیک کس قدر مقدار پر مفرط کا لفظ عائد ہو سکتا ہے، کیونکہ طبعی مقداری تصنیی طور پر معلوم نہیں، چنانچہ طبعی حالات میں دس سے پچاس آونس کے اختلافات غیر معمولی نہیں ہیں۔ غالباً پوری میعاد پر چھ پائنٹ سے کم کی مقداروں کو سریری حیثیت سے ہائڈرامینیا (کثرت رصل) نہیں سمجھا جاسکتا۔

لاکر امینیا (رصل) کی مقدار ممکن ہے کہ بہت بڑے نقطہ تک پہنچ جائے چنانچہ حل کے پانچویں اور چھٹے مہینہ پر بالترتیب ۵ پائنٹ اور حتیٰ کہ ۳ پائنٹ تک کی مثالیں بھی مندرج ہو چکی ہیں۔

سیال کی نوعیت۔ یہ سیال بلحاظ صورت اور بلحاظ ترکیب، دونوں طرح سے دہی خواص رکھتا ہے جو کہ معمولی لاکر امینیا (رصل) کے ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 31)۔ تاہم ممکن ہے کہ یوریا کی مقدار اس میں ذرا زیادہ ہو۔

سبب۔ سیال کا منبج تنازعہ فیہ امر ہے۔ نظری حیثیت سے ممکن ہے کہ سیال کی وجہ بیش افزائی یا ناقص انجذاب یا ان دونوں حالتوں کا اجتماع ہو۔ دو متضاد نظریات پیش کئے گئے ہیں، یعنی بعض ماہرین اس سیال کو مادری اصل کا، اور بعض جنینی اصل کا سمجھتے ہیں۔

مادری اصل کا نظریہ - جنین کی فعلیات کا ذکر کرتے ہوئے یہ بیان کیا گیا تھا کہ امینیاٹک فلوئڈ رصل (طبعاً خاص طور پر ماں سے حاصل ہوتا ہے - لہذا زیادتی بھی غالباً اسی منبع سے ہوتی ہوگی، اگرچہ یہ ہرگز اس بیان کا لازمی نتیجہ نہیں ہے -

مکن ہے کہ وہ مادری امراض جن میں دوران خون کے اختلالات ہوتے ہیں، بالخصوص قلبی اور کُلوی مرض اور آتشک، پلینٹا (مشیمہ) کا تہیج پیدا کریں جس سے امینیاٹک (انفسی تاجہ) میں افزائی زیادتی ہو جائے۔

تجربہ مادری نظریہ کی تائید کرتا ہے - اگر کسی حاملہ خرگوش کی وریدوں میں سوڈیم سلفائیڈ گوٹیت (sulphindigotate) کا شراب کیا جائے، تو امینیاٹک فلوئڈ (رصل) کی نیلی رنگت ہو جائے گی، مگر جنین کے گردوں کی نیلی رنگت نہ ہوگی۔

مذکورہ بالا خیال غالباً صحیح ہے - تاہم بہت سے واقعات اس رائے کی تائید کرتے ہیں کہ مفراط مقدار جو طبعی سے زیادہ ہو، جنینی اصل کی ہوتی ہے۔

جنینی اصل کا نظریہ - بہت سی اصابتوں میں ماں کا بغور امتحان کرنے پر کسی غیر طبعی حالت کا ثبوت نہیں ملتا، جسے فرض کیا جاسکے کہ یہ ہائڈرامینیا (کثرت رصل) پیدا کرنے میں حصہ لیتی ہے - بخلاف اس کے اکثر جنین کا کچھ نہ کچھ ضرر ضرور پایا جاتا ہے - بیان کیا گیا ہے کہ ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کی ہٹیک نصف سے کم مثالوں میں کوئی نہ کوئی جنینی غیر طبعی حالت موجود ہوتی ہے۔

ان غیر طبعی حالتوں میں سے ان فیفالس (anencephalus = عدم الدماغ) اور سائنا بایفیدا (spina bifida = شوکہ مشقوقہ) قابل ذکر ہے - ان حالتوں میں سیال کی وجہ یہ فرض کی گئی ہے کہ کھلے ہوئے دماغی اور نخاعی مراکز کا ہیجان، بولی افزا میں بیشی پیدا کرتا ہے - ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کے ساتھ دیگر تشوہات جیسے ہیرلپ (harelip = خرگوش لمبی)، کلب فٹ (clubfoot = گر پائی)، ایکٹوپیا ویسیکی (ectopia vesicæ = بے جانی مثانہ) بھی پائے جاسکتے ہیں۔

کارڈ (رصل) یا جنین کے اندر عروقی انسداد پیدا کرنے والے ضررات بھی پائے گئے ہیں اور یہ دکھایا گیا ہے کہ اگر امبلاکل وینز (umbilical veins = پری وریدوں) میں دوران خون کی رکاوٹ ہو جائے تو جمل سے اور پلینٹا (مشیمہ) کی جنینی سطح سے سیال کا ارتشاح ہوتا ہے

یہ رکاوٹ نام نہاد وواسا پروپریا (vasa propria = عروق تحقیقی) کے باقی رہنے سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ عموماً محل کے متاخر نصف حصہ میں مسدود ہو جاتے ہیں۔ بقول دیگر مشاہدین کے، کوریانک و لائی (سلوی خللات) کی شریانوں کے طبقات میں امحائی تغیرات بھی شامل اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس رکاوٹ کی وجہ امبلاکل و فیئر (سری دریدوں) میں تنگی یا علقیت ہو، یا امبلاکل کارڈ (umbilical cord = جمل السری) میں مروڑ پڑنا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ رکاوٹ خود جنین ہی کے اندر ہو، مثلاً متعدد واقعات میں جگر میں سر ہائیک (cirrhotic = کبادی) تغیرات پائے گئے ہیں۔ یہ ضروری نہیں کہ یہ سر ہائیک (کبادی) تغیرات آتشکی نوعیت کے ہوں۔

واقعات کی کچھ تعداد میں رکاوٹ کی وجہ قلبی غیر طبعی کیفیت ہوتی ہیں۔ چنانچہ دائیں اذین کی اکلوزن (occlusion = مسدودیت)، ٹرائی کسپڈ ان سٹیکسی (tricuspid insufficiency = منثنی عدم کفایت)، پلیمیری آرٹریز (pulmonary arteries = ریوی شریانوں) اور ایارٹا (aorta = اورطی) کی تنگی سب مشاہدہ کئے جا چکے ہیں۔

بعض کا یہ بھی خیال ہے کہ سیال کی زیادتی کی وجہ جنین کے بولی افزا کا بہت بڑھ جانا ہے۔ یہ امر کہ جنین ایمینیاٹک کیوٹی (انفسی کہف) میں پیشاب کر سکتا ہے، معلوم ہے۔ ہائڈرایمنیاس (کثرت رحل) کے جنینی الاصل ہونے کی تائید میں خیال اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ یہ کیفیت یونیولر (یک بیضی) تواموں، ان قیفالی (عدم الدماغ) اور ہر قسم کے جنینی تشوہات کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے۔ ملٹی مل پرلیننسی (multiple pregnancy = حمل عدید) (۶ توام) اور ۴ تملاتی) میں ہائڈرایمنیاس (کثرت رحل) کی ۵۰ اصابتوں کی رودادوں کا تجزیہ کیا گیا ہے۔

ان میں سے ۲۲ یونیولر (یک بیضی) توام تھے۔ ہائڈرایمنیاٹک سیک (hydramniotic sac = کثرت رحل) میں کے جنین کے قلب اور گردے، ایک طبعی توام کے قلب اور

گردوں کی نسبت زیادہ بڑے پائے گئے، اور بجائے خود بھی بہت بڑے تھے۔ بہت لوگ یہ خیال کرتے ہیں کہ قلبی بیش پروردگی گردوں کی غیر طبعی فعالیت پیدا کرتی ہے، اور سطح ہائڈرایمنیاس (کثرت رحل) پیدا کرتی ہے۔ بقول بعض مصنفین کے، ممکن ہے کہ جنین کی جلد سیال کے پیدا کرنے میں حصہ لیتی ہو۔ چنانچہ ہائڈرایمنیاس (کثرت رحل) کی صورتوں میں جنین کی جلد ویزا اور شکن دار حالت میں دیکھی گئی ہے۔

آخر میں یہ کہ بعض لوگ انبیان (انفس) کو سیال کا منع سمجھتے ہیں، کیونکہ ایسے واقعات مندرج ہوئے ہیں جو ظاہر کرتے تھے کہ ارتشاح کی زیادتی کا سبب انبیان (انفس) کے انتہائی تغیرات ہیں۔

ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کا بالکل صحیح منع خواہ کچھ ہی ہو، اس کی تیسرے کے سلسلہ میں کئی دلچسپ حقیقتیں ایسی ہیں جو یاد رکھنے کے قابل ہیں۔ مثلاً یہ کہ ہائڈرامینیا (کثرت رصل) ایک پرمی گریوئڈ (اولیں حاملہ عورت) کی بہ نسبت، ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورت) میں زیادہ عام ہوتا ہے اور ۵۷ فی صدی واقعات میں جنین زرمینہ ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ کیفیت اکثر ایوٹیرین پریگننسی (برو رحمی حمل) میں بھی پائی گئی ہے، اور جیسا کہ پہلے ہی بیان ہو چکا ہے، ممکن ہے کہ لوہام حمل کی صورتوں میں اس سے صرف ایک ہی بیضہ متاثر ہو۔

اقسام

ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کی دو اقسام میں اچھی طرح امتیاز کرنا چاہئے، مزمن اور

شدید۔

مزمن ہائڈرامینیا (کثرت رصل) - نہایت عام طور پر وہ قسم دیکھنے میں آتی ہے جو کہ مزمن ہے۔ یہ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے، آہستہ ترقی کرتی ہے۔ مزمن قسم عموماً حمل کے چوتھے یا پانچویں ہفتہ تک ظاہر نہیں ہوتی۔ بشرطیکہ جسامت میں دفعتاً کوئی زیادتی نہ ہو، یہ قسم عموماً زیادہ تکلیف نہیں پیدا کرتی۔ ممکن ہے کہ مریضہ شکم کے غیر معمولی جسامت کا ہونے کی شکایت کرے اور جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری محسوس کرے۔ جب شکم بہت زیادہ پھول جاتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ فلیٹولنس (Flatulence = ریخت) اور سوہمضم کی شکایت کرے۔ چونکہ ڈایافراگم (diaphragm = حجاب حاجز) پر اوپر کی جانب دباؤ پڑتا ہے لہذا ممکن ہے کہ وہ دل کی دھڑکن اور بھر کی بھی شکایت کرے اور اس کو کسی قدر سیالانوس (زراق) بھی ہو۔ ٹانگوں میں ویریسز (varices = والیات) اور تہیج کے پیدا ہونے کا بھی امکان ہے۔ بہر کیف یہ ایک حیرت انگیز واقعہ ہے کہ شکم سیال کی بہت بڑی مقدار کا محض ہو سکتا ہے، بشرطیکہ سیال آہستہ آہستہ بنا ہو۔

حاد ہائڈرامینیا (کثرت رصل) - مگر ایک دوسری قسم بھی ہے جو کہ زیادہ

شاذ ہے اور جسے حادثہ ہائڈرامیناس (کثرت رصل) کہتے ہیں۔ اس قسم میں سیال تیزی سے جمع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ نسبتاً بہت خفیف درجہ کے تمدد سے تکالیف پیدا ہوں، یہ تکالیف مریضہ کی زندگی کو خطرہ میں ڈالنے کے لئے کافی سخت ہوتی ہیں۔ سیال کے تیزی سے بننے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ رحم اور شکم اپنے آپ کو زیادتی فشار کے ساتھ متوافق نہیں کر سکتے۔ مریضہ سخت درد محسوس کرتی ہے، شدید قے میں مبتلا ہوتی ہے اور جھک اصابوں میں پس اور رفتار نبض بڑھ جاتی ہے اور پھر موت ہو جاتی ہے۔ حادثہ ہائڈرامیناس (کثرت رصل) کے وقوع کا نہایت عام وقت حمل کا قریب قریب وسط ہے۔ اکثر اوقات حادثہ ہائڈرامیناس (کثرت رصل) یونیورسٹی (ایک بیضی) تواموں کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

طبعی امارات

ہائڈرامیناس (کثرت رصل) کی ایک نہایت نمایاں اصابت میں حسب ذیل امارات مشاہدہ کئے جاسکتے ہیں۔ حمل کی مدت کے مد نظر شکم معمول سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اور رحم کا فنڈس (تحر) زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکمی دیوار بہت زیادہ پتلی ہو گئی ہو اور ریکٹائی (recti = عضلات مستقیمہ) بہت جدا ہو گئے ہوں۔ رحم کی دیوار معمول سے زیادہ تنسی ہوئی محسوس ہوتی ہے۔ رحم کی کثافت میں جو طبعی طور پر تغیرات پائے جاتے ہیں، ممکن ہے وہ موجود نہ ہوں۔ رحمی دیوار کے تمدد کی وجہ سے جنین کے حدود کا وضاحت کے ساتھ نشان زد کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر جنین غیر معمولی طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور اکثر اہل بیلاٹمنٹ (external ballottement = خارجی ہنر) بہت خوبی کے ساتھ نمایاں ہوتا ہے۔ جنین کی غیر معمولی حرکت پذیر کی وجہ سے اکثر اوقات سیلپوزیشن (ناقص وضاحت) پیدا ہو جاتی ہیں۔ نموج اور سیالی ذنبہ غیر معمولی آسانی سے محسوس ہوتا ہے۔ جنینی ضربات قلب کا سننا مشکل ہوتا ہے، کیونکہ رحمی دیوار اور جنین کے مابین سیال کی بچہ مقدار کی موجودگی آواز کو دبا دیتی ہے۔ ممکن ہے ولوا (فرج) اور شکمی دیوار کا پہنچ موجود ہو۔

تفريقی تشخیص

مرزن ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل)۔ اس حالت میں اور معمولی حمل میں تفريقی کرنے میں مذکورہ بالا امور مدد دیتے ہیں۔ مگر دوران حمل میں ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) کے علاوہ کئی دیگر اسباب بھی ہیں جو رحم کی غیر معمولی کلائی پیدا کرتے ہیں۔

ملٹیل پریگننسی (عدید حمل)۔ بعض اوقات ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) سے اس حالت کی تفريقی تشخیص کرنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ تو ام حمل کے ہمراہ اکثر اوقات ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) بھی پایا جاتا ہے۔ اس صورت میں عموماً ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) پہچان لیا جاتا ہے، لیکن ملٹیل پریگننسی (عدید حمل) تشخیص نہیں ہوتی۔ مگر جب ملٹیل پریگننسی (عدید حمل) ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) سے پیچیدہ نہیں ہوتی، تو تشخیص زیادہ آسانی سے کی جاسکتی ہے، کیونکہ رحم چھونے پر زیادہ سخت معلوم ہوتا ہے اور جس کرنے پر ایک سے زیادہ جنینی سر اور چھوٹے حصوں کی ایک غیر معمولی تعداد پائی جاتی ہے۔ مزید برآں یہ ایک سے زیادہ جنینی قلب، مختلف مقامات پر اور مختلف رفتاروں سے حرکت کرتے ہوئے سنے جاسکتے ہیں۔ تشخیص طے کرنے کے لئے ایک لاشعاعی عکس نگاشت کی ضرورت ہوتی ہے۔

اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ)۔ اگر اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) کے ہمراہ حمل موجود نہ ہو، تو یہ حالت ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) سے حسب ذیل امور کی بنا پر تشخیص کی جاتی ہے۔ علامات حمل کی عدم موجودگی، تودہ کی حرکت پذیری، دست ورزی کرنے پر دھک کا سخت نہ ہونا، اور استماع پر خاموشی۔ بائی مینول (دو دستی) امتحان یہ ظاہر کرے گا کہ رحم بڑھا ہوا نہیں ہے، اور سلحہ سے علحدہ ہے۔

اگر اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) کے ساتھ حمل بھی موجود ہو، تو ہائڈر ایمیناس (کثرت رصل) سے تفريقی زیادہ دشوار ہوتی ہے۔ اس تفريقی کا انحصار اس امر پر ہے کہ دو سلعات شناخت کئے جائیں، اور ان میں سے صرف ایک سلحہ ایسا ہو جو حامل رحم کے امتیازی امارات جن میں وقفہ دار انقباضات شامل ہیں، ظاہر کرتا ہو۔ مشکوک اصابتوں میں جن میں منگی تمدد کی وجہ سے کچھ مداخلت ضروری ہو، یہ بہتر ہے کہ پیٹ چاک کیا جائے۔ اگر سسٹ

(دویرہ) موجود ہو تو اس کو کاٹ دیا جاسکتا ہے۔ اس میں حمل کے قبل از میعاد ختم ہو جانے کا زیادہ خطرہ نہیں ہوتا۔

ہائڈیڈیٹیفارم مول (ہائڈیڈنما جنین کا ذب) بھی رحم کی غیر معمولی کلائی کا سبب ہو سکتا ہے لیکن اس میں نہ کوئی جنین جس کی جاسکتا ہے اور نہ کوئی جنینی قلب سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون آلود رطوبت کی اور نہایت شاذ و نادر کیسوں کے نکلنے کی روداد بھی ہو۔ اگر مریضہ نے اپنے آخری باقاعدہ ایام کے متعلق غلطی کی ہو تو بھی رحم غیر معمولی طور پر بڑا معلوم ہوگا۔ ممکن ہے کہ حمل کے پہلے مہینے کے آخر میں نغوض اس اضیاع خون واقع ہوا ہو جس پر ایام کا مغالطہ ہوا ہو لہذا اس اضیاع خون کی مدت اور مقدار سے آگاہی حاصل کرنا ضروری ہے۔ آخر الامر یہ کہ کانسلیڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی شاذ حالت میں رحم بڑھ جاتا ہے مگر اس حالت میں مریضہ بہت زردہ ہوتی ہے اور اندرونی نزف کے امارات ظاہر کرتی ہے اور رحم تنہا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔

حاد ہائڈرائیمیناس (کثرت رصل)۔ حاد ہائڈرائیمیناس (کثرت رصل) میں شکی دیواروں کے تہیج کی وجہ سے تشخص اکثر اوقات دشوار ہوتی ہے۔ چونکہ ساتھ ہی ساتھ فے اور تمد بھی ہوتا ہے لہذا ان ٹسٹائل آبٹرکشن (intestinal obstruction = معالی رکاب) کو خارج از بحث کرنے کی احتیاط کرنا چاہئے۔

حمل اور وضع حمل پر اثرات۔ جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری کی وجہ سے مسپرینٹیشن (تطریق ناقص) کوئی غیر عام امر نہیں اور اگر مسپرینٹیشن (تطریق ناقص) درست نہ کی جائے تو ممکن ہے کہ یہ آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل پر منتج ہو۔ ہائڈرائیمیناس (کثرت رصل) میں قبل از میعاد وضع حمل ہونے کا امکان ہوتا ہے جس کا وقوع ۵ فی صدی اصابتوں میں بیان کیا گیا ہے۔ رحمی عضلہ حد سے زیادہ تمد و ہونے کی وجہ سے کمزور رحمی انقباضات پیدا ہوتے ہیں اور وضع حمل عموماً طویل المدت ہو جاتا ہے۔ غشیہ قبل از وقت پھٹنے پر کارڈ (حمل) ساقط ہونے پر مائل ہوتی ہے۔ وضع حمل کے بعد رحم کی بے تشخی کی وجہ سے پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد ولادت نزف) کا میلان ہوتا ہے۔

علاج

ایمنیاٹک فلوئڈ (رصل) کی پیدائش اور انجذاب کی روک تھام کا کوئی طریقہ معلوم نہیں ہے، مایوسا بعض تشکیلی اصابتوں کے جن میں ممکن ہے کہ واقع آتشک علاج کامیاب ہو۔ مژمن قسم میں خفیف درجہ کے ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کے لئے شاذ و نادر ہی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہر کیف اگر جمع شدہ سیال سے فشاری علامات اتنے شدید ہوں کہ ہرنیا و صرطن کا باعث ہوں تو بلا لحاظ اس کے کہ حل کس زمانہ تک پہنچ چکا ہے ایبارشن (استفادہ رصل) ضرور کر دینا چاہئے۔ یہ اس طرح سرانجام دیا جاسکتا ہے کہ مروکس (عقن) کے اندر سے اغشیہ کو مقبب کر دیا جاتا ہے اور مروکو اوپر ڈھکیل دیا جاتا ہے۔

174

رویٹ (Rivett) نے حال ہی میں اس امر کی سفارش کی ہے کہ شکمی دیوار سے رحم کا بزل کر دینا چاہئے۔ اس کے لئے رحم کا کوئی ایسا حصہ مقبب کرنا چاہئے جہاں جنینی حصص باسانی محسوس ہوں تاکہ پلیسینٹا (شیمہ) کے تضرر کا خطرہ نہ رہے۔ ایک شوکی سوئی ایمنیاٹک کیوبی (انفسی کہفہ) میں گھسا دینی چاہئے۔ اس سے بالعموم ایمنیاٹک فلوئڈ (رصل) آزادانہ بہ جاتا ہے لیکن اگر سوئی ورنکس (=vernix = دمام) سے بند ہو جائے تو ایک انتصاصی پمپکاری استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان ذرائع سے چار ہائٹ تک کی مقدار نکالی جاسکتی ہے۔ گو کہ اس سے وضع حمل واقع ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے لیکن بہت سی مریضائیں آرام سے میعاد پوری کر دیتی ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو اس عملیہ کا تکرار بھی کیا جاسکتا ہے۔

لائکرا ایمنیائی (رصل) کا کم ہونا

الکیو ہائڈرامینیا (Oligo-hydramnois = رصل کی قلت)

یہ آلیگو ہائڈرامینیا (قلت رصل) کی حالت ہائڈرامینیا (کثرت رصل) کی ضد ہے اور اس کی خصوصیت یہ ہے کہ ایمنیاٹک فلوئڈ (رصل) کی غیر معمولی طور پر کم مقدار ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ صرف چند مکعب سنٹی میٹر ہو۔ یہ حالت عموماً سبب معلوم نہ ہوتی سی اصابتوں کا سبب غالباً اغشیہ کا جلد شق ہو جانا ہے۔ مگر یہ ان صورتوں میں بھی دیکھی گئی ہے جن میں

جنین کا یورنیکھرا (مجرى البول) غیر مشقوب ہوتا ہے، یا جن میں اس کے ساتھ دونوں گرووں کی مکمل عدم موجودگی بھی ہوتی ہے، اس لئے یہ نتیجہ نکالا گیا ہے کہ سیال کی کمی کا باعث عدم تکوین بول ہے۔

دیگر صورتوں میں جنین کی جلد نمایاں طور پر موٹی، خشک اور جھری دار منظر کی ہوتی ہے۔ لاکر ایمینیائی (رطل) کی قلیل مقدار کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جنین اور انبیان (انفس) کے مابین انضمامات بن جائیں یا ممکن ہے کہ جنین غیر معمولی طور پر دب جائے، جنین کے تشوہات عام ہیں۔ جنین کی میلو زیشن (malposition = وضع ناقص) اور انبیائی (انفسی) انضمامات کی وجہ سے وضع حل کے پیچیدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اور اغشیہ کی طبعی اتساع کرنے والی فیصلی کی عدم موجودگی کی وجہ سے وضع حل کے پہلے مرحلہ میں دشواری ہو سکتی ہے۔

باب ہشتم پلینٹا (مشیئم) کی بیتقاعدگیاں اور امراض بے قاعدگیاں

جسامت کی بیتقاعدگیاں۔ پوری میعاد کے پلینٹا (مشیئم) کا اوسط قطر تقریباً ۸ انچ ہوتا ہے اور دبازت ۳ انچ سے ۱۱ انچ تک متغیر ہوتی ہے جو کہ سب سے زیادہ مرکز کے قریب ہوتی ہے۔ پلینٹا (مشیئم) کی دبازت بعض مرتبہ سب جگہ یکساں ہوتی ہے اور بعض مرتبہ مختلف حصوں میں کافی مختلف ہوتی ہے۔ لیکن علی العموم دبازت رقبہ سے معکوس تناسب میں ہوتی ہے۔ بعض عظیم ترین پلینٹا (مشیئم) یونیورسٹی (یک میضی) تو ام حمل میں پائے گئے ہیں۔ وزن کی بیتقاعدگیاں۔ پوری میعاد پر پلینٹا (مشیئم) کا اوسط وزن ایک پونڈ سے لے کر ۱۱ پونڈ تک ہوتا ہے۔ مگر کبھی کبھی یہ بہت بڑھ جاتا ہے، کیونکہ ۲ پونڈ سے اڑھائی پونڈ تک کے وزن مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ وزن کا اختلاف اس امر کے لحاظ سے بھی ہوتا ہے کہ آیا املاکل کارڈ (متری حمل) جلد کافی کٹی یا بدیر، کیونکہ اس طرح زیادہ یا کم جنینی خون منقید رہ جاتا ہے۔

اوسط پلینٹا (مشیئم) کا وزن بچہ کے وزن کے چھٹے حصہ کے برابر ہوتا ہے۔ وزن میں زیادتی بہت سی مرضی کیفیتوں میں بھی واقع ہوتی ہے۔ آتشک میں ایسا ہونا پایا گیا ہے جبکہ پلینٹا (مشیئم) وزن اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ یہ جنین کے وزن کے ربع حتیٰ کہ نصف حصہ کے برابر بھی ہو سکتا ہے۔

ماں کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں بھی اور جنین کے عمومی ایسا سارقا (anasarca = استنقا، کلی) کی صورتوں میں بھی وزن کی زیادتی پائی گئی ہے۔

شکل کی بیقاعہ گیاں - شکل کے اختلاف بہت ہیں۔ ممکن ہے کہ پلیسینٹا (مشیمہ) مدور، بیضوی، کروی شکل یا لوبیولیتڈ (lobulated = لختدار) ہو لوبولیشن (lobulation = لختک اری) باقاعدہ یا بیقاعہ ہوتی ہے اور کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ صدر تودہ کے ساتھ ایک لوبول (لختہ) مشیمی ساخت کی صرف ایک پتلی خاکنائے کے ذریعہ سے چمیدہ ہوتا ہے۔ بعض صورتوں میں لوبولز (لختے) بالکل علیحدہ اور صاف صاف ہوتے ہیں، یعنی ایک ہی محل میں ملٹیل پلیسینٹا (multiple placenta = عدید مشیمہ) کی حالت پیدا ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات یہ عضو دو لوبز (lobes = لختوں) میں کم و بیش مکمل طور پر منقسم ہوتا ہے۔ اگر تقسیم نامکمل ہو اور عروق باہم ملنے اور املا مکمل کارڈ (سری جل) بنانے سے پہلے دونوں لوبز (لختوں) پر پھیلے ہوئے ہوں تو یہ پلیسینٹا (مشیمہ) بائی پارٹائٹ پلیسینٹا (bipartite placenta = دو جزوی مشیمہ) کہلاتا ہے (دیکھو تصویر ۲۰)۔

176

مکن ہے کہ تین لوبز (لختے) ہوں [پلیسینٹا ٹرائی پارٹائٹا (tripartita = مشیمہ سہ جزوہ) یا تین سے زیادہ ہوں] پلیسینٹا ٹری لوبولیسٹا (placenta multilobulata = مشیمہ کثیر لختکی)۔

پلیسینٹا سکینٹوریاٹا (placenta succenturiata = مشیمہ اضافی)۔ پلیسینٹا (مشیمہ) منقسم کی ایک اور قسم جو کافی سریری اہمیت کی ہے، پلیسینٹا سکینٹوریاٹا (مشیمہ اضافی) ہے (دیکھو تصویر ۲۱)۔

یہ بیقاعہ گی شاذ نہیں ہے۔ پلیسنٹل (مشیمی) جرم کے ایک یا زائد لوبولز (لختک) صدر پلیسینٹا (مشیمہ) کے کنارے سے دور کوریان (سلی) پر پائے جاتے ہیں۔ یہ پلیسینٹا (مشیمہ) کے ساتھ شریانی اور وریدی دونوں قسم کے عروقی تعلقات کے ذریعہ چمیدہ ہوتے ہیں۔ پلیسینٹا سکینٹوریاٹا (مشیمہ اضافی) کی سریری اہمیت یہ ہے کہ اصل پلیسینٹا (مشیمہ) کے نکل جانے کے بعد اس کے رحم میں رہ جانے کا احتمال ہے۔

اس سے حسب ذیل نتائج مترتب تھے ہیں: پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد ولادت نزق) کیونکہ رحم خالی نہ ہونے کی وجہ سے منقبض اور باز کشیدہ نہیں ہو سکتا۔ شدید درد مانے مابعد۔ اور اگر غفوتی عضویت

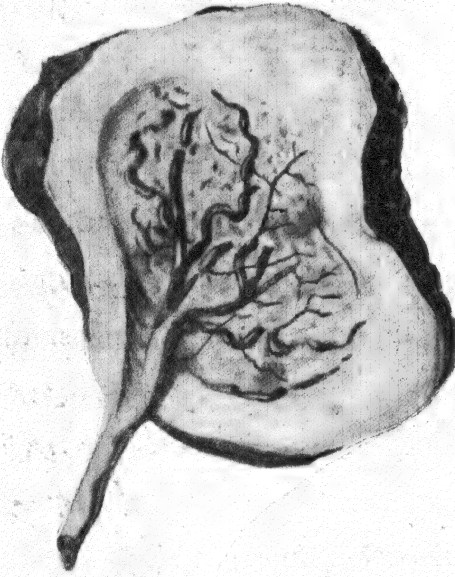
اس اکسیری پلینٹا (accessory placenta = مشیمہ) تک پہنچ جائیں تو عفونی سرائیت اور نسیم کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔

اس لئے پلینٹا سکنیٹوریا (مشیمہ اضافی) کے اسکان کو ہمیشہ یاد رکھنے کی ضرورت ہے اور جب وضع حمل کے بعد پلینٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کا امتحان کیا جائے تو لازم ہے کہ اس غیر طبعی کیفیت کا ثبوت تلاش کیا جائے۔ یعنی آیا پلینٹا (مشیمہ) کے کنارے سے کچھ اور کوریاں (سلی) میں چھوٹے مدد سورخ موجود ہیں آیا پلینٹا (مشیمہ) کے کنارے سے کوریاں (سلی) پر عروق پھیلے ہوئے ہیں اور آیا کوریاں (سلی) کے سورخ کے کنارے پر سرورق دفعتاً ختم ہو جاتے ہیں۔

یہ ممکن ہے کہ لوہز (لختوں) میں مختلف طرح پر تقسیم ہونا اور لوہولز (لختوں) کی موجودگی ڈسیدوا (غشاء ساقط) کی کسی غیر طبعی کیفیت کا نتیجہ ہو۔ ڈسیدوا اینریلیس (decidua basalis = غشاء ساقط قاعدی) ڈسیدوا (غشاء ساقط) کا ایک نہایت پر عروق حصہ ہے۔ اس جگہ کوریاں (سلی) (سلی خلات) نہایت نمایاں طور پر برتے ہیں اور کوریاں (سلی) اندوسم (chorion frondosum = سلی حریقی) بناتے ہیں۔ لیکن اگر ڈسیدوا (غشاء ساقط) کی یہ عروق سازی کسی ایک خط تک محدود نہ ہو بلکہ دیگر مقامات پر بھی نمایاں ہو تو ان مقامات پر اس عروق سازی کے مطابق کوریاں (سلی) (سلی خلات) کی بیش بالیدگی ہوگی اور پلینٹل (شیمی) جزائر پیدا ہوں گے۔

پلینٹا ڈیفوزا (placenta diffusa = مشیمہ منتشر) یا پلینٹا میمبرینریا (placenta membranacea = مشیمہ غشاء نما)۔ اس قسم میں کوریاں (سلی) (سلی خلات) کل اووم (بیضہ) کے چاروں طرف فاعل حالت پر برقرار رہتے ہیں جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ڈسیدوا (غشاء ساقط) میں عروق نہایت افراط سے بن جاتے ہیں۔ چنانچہ پلینٹا (مشیمہ) ڈسیدوا اینریلیس (غشاء ساقط قاعدی) تک محدود نہیں ہوتا بلکہ کل اووم (بیضہ) کو ڈھانپ لیتا ہے۔ یہ ایک نادر نوع ہے۔ ان سب مثالوں میں جن میں غیر طبعی کیفیت پائی گئی ہے جنینی تغذیہ میں کوئی مداخلت نہیں پائی گئی، لیکن مریضہ میں حمل کے پیش از مبعاد ختم ہونے کا اور اینٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادت) نزف کا احتمال ہوتا ہے۔ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ میں پچید گیاں بھی واقع ہوئی ہیں کیونکہ پلینٹا (مشیمہ)

شکستنی ہوتا ہے اور آسانی سے جدا نہیں ہوتا۔ اس سے ممکن ہے کہ پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد ولادت
نزف) واقع ہو اور سرائیت کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا پلینٹا (مشیمہ) جب جدا ہوتا ہے
تو اس کے جرم میں خون کی وعاء بوری کی وجہ سے بعض جگہیں سخت پائی جاتی ہیں (تصویر ۳)۔
پلینٹا سرکم ویلیٹا (placenta circumvallata = مشیمہ سیاحی) - اس کی
وجہ کو ریاتک ولانی (سلوی خلات) کا تکرار ہے جو پلینٹا (مشیمہ) کے کنارے کے گرد اس وقت واقع ہوتا ہے



تصویر ۳۸

پلینٹا سرکم ویلیٹا (مشیمہ سیاحی) -

تصویر ۳۹ - پلینٹا امیٹریا (مشیمہ غشارنا) -

- پلینٹا (مشیمہ) کل اووم (بیضہ) کو
ڈھنک لیتا ہے اور ڈریڈ وائز بلیس (غشاء ساق)
قاعدی) تک محدود نہیں ہوتا جو کہ ہونا چاہیے۔

جبکہ امیان (انفس) اس سے معین طور پر چسپاں ہو جاتا ہے - چنانچہ یہ منظر پیدا ہوتا
ہے کہ جنینی سطح کے مرکز میں ایک نشیب دار رقبہ موجود ہوتا ہے جو ایک مرتفع حصہ سے محیط ہوتا ہے۔

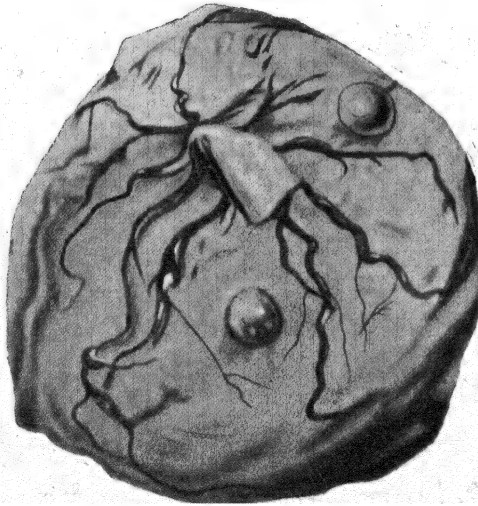
افغان (انفس) مرکز کے نشیب وار حصہ کے کناروں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس نوع میں پلیسٹا (مشیمہ) کے مرتفع کنارے پر کوریان (سلی) کے پھٹ جانے کا امکان ہے (تصویر ۳۸)۔

پلیسٹا (مشیمہ) کے امراض

پلیسٹا (مشیمہ) کے سسٹمز (دویرے)۔ پلیسٹا (مشیمہ) میں اکثر اوقات سسٹک (دویری) ساختیں دیکھنے میں آتی ہیں۔ ان کی دو قسمیں ہیں:۔ سطحی پلیسٹل سسٹمز (مشیمی دویرے)، اور وہ سسٹمز (دویرے) جو خود پلیسٹل (مشیمی) جرم کے اندر پائے جاتے ہیں۔

سطحی سسٹمز (دویرے)۔ یہ قسم زیادہ عام ہے۔ سسٹمز (دویروں) کی جماعت چیری (cherry = شاہ دانہ) سے لے کر مرغی کے انڈے تک ہوتی ہے (دیکھو تصویر ۳۹)۔ سسٹمز (دویرے) کوریان (سلی) سے پیدا ہوتے ہیں، کیونکہ امینیاٹک (انفسی) غشاء اُن پر سے اُٹھتی جاسکتی ہے۔ ان کے شمولات عموماً صاف اور آبی نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ

178



تصویر ۳۹۔ پلیسٹا (مشیمہ) کے سطحی سسٹمز (دویرے)

خون آلود ہوں۔ سنسک (دویری) دیوار میں ایک سفید سی غشاء کا امتر ہوتا ہے، اور اُس میں انفارکٹڈ (منغم) رقبے پائے جاتے ہیں۔

خرد بینی تراش میں بڑے بڑے خلیات کی ایک یا زیادہ تہیں نظر آتی ہیں، جن کی نو آئیں گول اور کیسک دار ہوتی ہیں جو ممکن ہے کہ انحطاط ظاہر کریں۔ انفارکٹڈ (منغم) خیطوں کی بافت فائبرن (fibrin) سے مرکب ہوتی ہے، اور خلیات غائب ہوتے ہیں۔ یہ خلیات لینگھان (Langhan) کی تہ کے خلیات سے متناظر ہوتے ہیں، اور سنسٹز (دویرے) ٹروفوبلاست کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

(عمیق سنسٹز (دویرے)۔ یہ قسم زیادہ نادر ہے۔ جہامت میں یہ ان سنسٹز (دویروں) سے چھوٹے ہوتے ہیں جو سطح پر پائے جاتے ہیں، اور شاخ و نادر چیری (= cherry = شاہ دان) سے بڑے ہوتے ہیں۔

ان کے مشمولات عموماً صاف ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ دیکھنے میں پٹری ہوں۔ یہ عمیق سنسٹز (دویرے) اکثر اوقات کسی انفارکٹڈ (منغم) رقبہ کے جرم میں پائے جاتے ہیں۔ سنسک (دویری) دیوار فائبرن (fibrin) کی بنی ہوئی ہے۔ دویرے غالباً یا تو انفارکٹ (منغم) کے ٹوٹنے سے یا ٹروفوبلاست (ناہضہ پرورشی) کے خلایا کے انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس صورت میں ممکن ہے کہ دیواروں میں جن خلایا کا استر ہو، وہ لینگھان (Langhan) کے خلایا کے مثل ہوں۔

سنسک (دویری) تو دے، خواہ وہ سطح پر ہوں یا عمیق قسم کے ہوں، محل یا موضع کے مر پر کوئی اثر ڈالتے معلوم نہیں ہوتے۔

پلیسینٹا (مشیمہ) کا الہتاب۔ اگرچہ اس حالت کے بیان میں بہت کچھ لکھا جا چکا 179 ہے، مگر پلیسینٹا (مشیمہ) کے حقیقی الہتاب کا ثبوت بہت کم ہے۔ بہت سے بیان کردہ تغیرات اب انفارکشن (انقعام) کا نتیجہ خیال کئے جاتے ہیں، اور وہ جن کو چھوڑے کہا جاتا تھا غالباً چھوڑے نہیں، بلکہ سنسٹز (دویرے) ہوتے ہیں جن کے اندر کے گاڑے مادہ پر پیپ کا مغالطہ ہوتا ہے۔ حاد الہتاب بھی واقع ہو سکتا ہے۔ یہ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ڈسٹوا (غشاء ساقط) سے الہتابی عمل پھیل جاتا ہے، لہذا اسے اولی حالت نہ تصور کرنا چاہئے۔ اس طرح پیدا ہونے والا الہتاب، سوزاک اور آتشک کی اصابتوں میں اور پائیمیا (= pyæmia)

تبیح الدم) کی بعض اصابتوں میں مشاہدہ کیا گیا ہے۔

پلیسینٹا (مشیمہ) کا ٹیوبرکلوسس (tuberculosis = تدرن)۔ پلیسینٹا (مشیمہ) کے جنینی حصہ میں ٹیوبرکل (درن) کا ہونا ایک بہت ہی نادر منظر ہے۔ البتہ ڈسٹوا (غشا راسط) اور کوریان (سلی) میں مقامی ضررات پائے گئے ہیں۔ ان اصابتوں میں جن میں ماں میں عمومی ٹیوبرکلوسس (تدرن) ہوتا ہے، یہ ممکن ہے کہ پلیسینٹا (مشیمہ) میں کوئی تغیرات نہ پائے جائیں، گوکہ جنین میں ٹیوبرکل بیلانی (درنی عصیات) کا ہونا ثابت کیا جا چکا ہے۔ تاہم پلیسینٹا (مشیمہ) میں ٹیوبرکل بیلانی (درنی عصیات) پائے گئے ہیں، چنانچہ ایک محقق نے انھیں ۲۰ عورتوں میں سے جو ٹیوبرکلوسس (تدرن) سے فوت ہوئیں، ۹ عورتوں میں پایا۔ اس لئے یہ ظاہر ہے کہ پیدائشی ٹیوبرکلوسس (تدرن) کا اندازہ اس سے کم کیا گیا ہے کہ جتنا حقیقت میں ہے، گوکہ اکثر مثالوں میں یہ مرض جنین کو منتقل نہیں ہوتا۔ منوی سرائیت زدگی کے امکان کا بھی ضرور لحاظ رکھنا چاہئے۔ خرگوشوں اور گنی گیز (guinea-pigs) پر تجربہ کرنے سے ظاہر ہوتا ہے کہ ٹیوبرکل بیلانی (درنی عصیات) حیوانات منویہ کے ذریعہ سے اووم (بیضہ) تک پہنچ سکتے ہیں۔

پلیسینٹا (مشیمہ) کا آتشک۔ آتشکی پلیسینٹا (مشیمہ) کے متعلق بیان کیا جاتا ہے کہ یہ طبعی پلیسینٹا (مشیمہ) سے زیادہ بھاری ہوتا ہے۔ لیکن تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ وزن کا زیادہ ہونا آتشک کا ثبوت نہیں، کیونکہ آتشک کے علاوہ بھی پلیسینٹا (مشیمہ) طبعی سے زیادہ بھاری اور شکنی ہو سکتا ہے۔ اسی طرح خالی آنکھ منظر بھی آتشک کا کوئی ثبوت ہم نہیں پہنچاتا۔ حقیقی ثبوت جو حاصل ہوتا ہے تو خوردبینی تراشوں سے حاصل ہوتا ہے۔ آتشکی پلیسینٹا (مشیمہ) میں کوریانک ولانی (سلوی خملات) زیادہ بڑے ہوتے ہیں، ان کی تعداد زیادہ ہوتی ہے اور وہ زیادہ گنجان ہوتے ہیں، اور بسا اوقات عروق غائب ہو گئے ہوتے ہیں۔ یہ کمشوفات نمسیر ہیں۔ سپاروکنیا (پیچ مویہ) کی موجودگی کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

آبلیٹریٹو اینڈ آرٹرائٹس (obliterative endarteritis = امحالی درن) شریانی التهاب) واقع ہو سکتا ہے۔ اور اگر کوریانک (ولانی) (سلوی خملات) قائم رہیں تو ان کے عروق کے طبقات بسا اوقات دبیز پائے جاتے ہیں۔ الہابی تغیرات اور منی نکونات بھی بیان کیے گئے ہیں

پلینینٹا (مشیمہ) کی کیلسی فیکیشن (calcification = تنگلس)۔ پلینینٹا (مشیمہ) میں، بالخصوص گل کے اختتام کے قریب، اکثر اوقات شمی اور کلسی انحطاط ملتا ہے۔ بیشتر اوقات پلینینٹا (مشیمہ) کی مادری سطح پر چھوٹی چھوٹی کلسی گرہیں مشاہدہ کی گئی ہیں، جو بہترین طور پر اس طرح دکھائی جاسکتی ہیں کہ سطح پر انگلیاں رگڑنے سے یہ سطح کرکری محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات کلسی رقبہ چپٹی چلتی کی صورت میں ہوتا ہے، جو کہ عموماً متعدد منتشر ننھے نقطوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ کلسی تو دے سطح سے قریب ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات خالی آنکھ سے دیکھے جاسکتے ہیں۔

ان پر پلینینٹا (مشیمہ) کے ٹیوبریکلوس (نڈرن) کا مغالطہ ہو چکا ہے۔ ان کوینات کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ”چپاں ہونے والے ولائی (خلات)“ کے گرد کی سنخزی یافت میں اور نیز ڈسٹوڈ و ابرزلیس (قاعدی عشاء، ساقط) میں کیلیم کے لمحات جم جاتے ہیں۔ جہاں تک ہمیں علم ہے گل میں ان سے کوئی غیر طبعی کیفیت نہیں پیدا ہوتی۔ سلعات۔ پلینینٹا (مشیمہ) کے محسوس سلعات نادر ہیں، اگرچہ اس موضوع کی کتب ان کی ایک بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، اور یہ اغلب ہے کہ بہت سی صورتوں میں وہ حقیقت پلینٹل انفارکٹ (placental infarct = مشیمی منغمہ) تھے۔ ایسے سلعات جسامت میں ایک مٹر کے دانہ سے لے کر ایک آدمی کے ستر تک متغیر ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ کثیر الوقوع قسم ملسوما فائبروسم (myxoma fibrosum = سلعہ مخاطیہ لیفیہ) ہے۔ یہ مشتمل ہوتا ہے لیفی یافت پر جس کے اندر سلعی مخاطی یافت کی نوعیت کے خطے منتشر ہوتے ہیں۔ سلعات کی کئی دیگر قسمیں بشمول فائبروما (fibroma = سلعہ لیفیہ)، انجیوما (angioma = سلعہ عروقیہ) اور سارکوما (sarcoma = سلعہ لحمیہ) بیان کی گئی ہیں۔ مگر زیادہ جدید تحقیقات سے ثابت ہوا کہ ان میں سے بہت سی درحقیقت ایک ہی نوع کی ہیں، اور یہ کوریانک ولائی (سلوی خللات) کے تو دے ہوتے ہیں جن کے عروق دمویہ بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ بعض صورتوں میں یہ سلعہ کوریان (ملی) سے بذریعہ ایک ساقچے کے جڑا ہوتا ہے جس میں ایک ثمریان اور ایک ورید ہوتی ہے۔ ان عروقی سلعات کو کوریو انجیومیٹا (chorio-angiomata = سلعات سلوی عروقی) کا نام دیا گیا ہے۔ بالعموم پلینینٹا (مشیمہ) کا باقی ماندہ حصہ متاثر نہیں ہوتا، اور ان سلعات کی کوئی سرسبزی اہمیت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ

وہ اتنے بڑے ہوں کہ پلینٹا (مشیمہ) کے ایک معتدبہ حصہ کو وظیفہ سے محروم کر دیں۔ کہا گیا ہے کہ ان مثالوں میں مذکورہ حالت کے ہمراہ کوئی غیر طبعی کیفیت جیسے کہ ہائڈرامینٹیاکس (کثرت پل) یا انٹی پارٹم ہیمرینج (قبل الولادت نزف) پایا جاتا ہے۔

انفارکشن (انفعام)۔ یہ پلینٹا (مشیمہ) کی عام ترین غیر طبعی کیفیت ہے۔ اس حالت کے لئے بہت سے مصطلحات استعمال ہوئے ہیں جیسے پلینٹائٹس (placentitis) التهاب مشیمہ، پلینٹا (مشیمہ) کی اٹرونی (atrophy = ذبول)، سکرمس (scirrhus = جُزوی اور پٹنٹائزیشن (hepatisation = تکبد)۔

انفارکٹڈ (انفعام یافتہ) خطے جاست، شکل اور صورت میں مختلف ہوتے ہیں۔ یہ حسب ذیل شکلوں پر پائے جاتے ہیں۔

۱۔ پلینٹا (مشیمہ) کی مادری یا جنینی سطح پر چھوٹی چھوٹی سفیدی مائل لیفی ساختیں۔ ممکن ہے کہ یہ خالی آنکھ کو بہ مشکل نظر آئیں۔ یہ قطر میں نصف انچ سے شاذ و نادر ہی زیادہ بڑی ہوتی ہیں۔

۲۔ سفید لیفی ساختیں، پلینٹا (مشیمہ) کے جرم میں ہوتی ہیں۔ یہ رقبے شکلاً بیقاعدہ ہوتے ہیں اور باقی ماندہ پلینٹا (مشیمہ) کوئی غیر طبعی کیفیت ظاہر نہیں کرتا (تصویر ۴۰)۔

۳۔ ممکن ہے کہ پلینٹل (مشیمی) بافت کے بڑے بڑے رقبے اور بعض اوقات ایک یا زیادہ کاٹی لیڈنز (cotyledons = پارے) صورت میں لیفی ہوں۔ اور شاذ صورتوں میں نصف حصہ یا قریب قریب کل عضو ماؤف ہوتا ہے۔

۴۔ ممکن ہو کہ ایک چوڑا سفیدی مائل یا زردی مائل حلقہ جزوی طور پر یا کامل طور پر پلینٹا (مشیمہ) کا احاطہ کئے ہوئے ہو۔ یہ بند جنینی سطح کے حاشیے پر واقع ہوتا ہے۔ یہ امیان (انفس) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور دبازت میں ایک چوتھائی انچ سے شاذ و نادر زائد ہوتا ہے۔ یہ صورت مارجنل پلینٹا (marginal placenta = حاشیائی مشیمہ) کے نام سے موسوم ہے۔

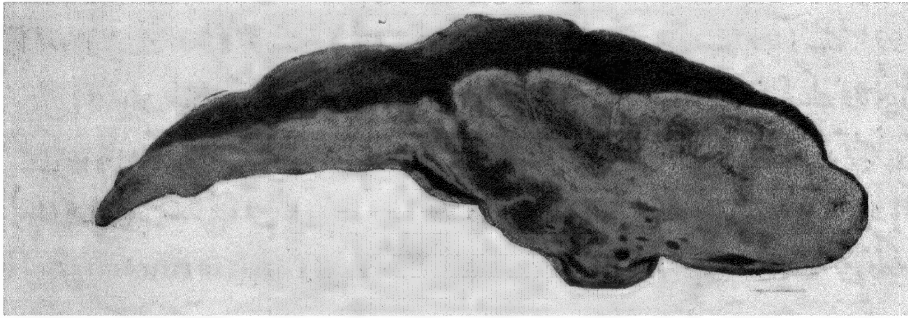
۵۔ بیقاعدہ جاست کے گلابی تودے جو عموماً مادری سطح پر بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پلینٹا (مشیمہ) کی پوری دبازت میں پھیلے ہوئے ہوں۔ یہ سرخ انفارکٹز (منغوات) کے نام سے موسوم ہیں۔

۶۔ گول گول رقبے جو قطر میں پچاس تا اسی ہوتے ہیں اور ایک لیفی کیسہ کے اندر مبدل شدہ

خون پر مشتمل ہوتے ہیں، پلینٹا (مشیمہ) میں کسی جگہ بھی منتشر پائے جاتے ہیں، اور اس کو ایک گریڈ داؤ منظر بخشتے ہیں (پلینٹا ٹروفے: placenta truffle = مشیمہ کمائی)۔

تسبیب

ان تغیرات کو اینڈو میٹرل (endometrial = در رحمی) یا ڈسٹروئل (ساقطی) ضرات کی طرف منسوب کیا گیا ہے کہ جس کے نتیجے کے طور پر انٹرو ولس سٹپا (intervillous septa = بین خلتائی فاصلات) کے درمیان بافتوں میں نزف واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ انحطاطی تغیرات



تصویر ۴۰۔ پلینٹا (مشیمہ) کا انفارکشن (انفعام)۔ ان فارکٹ (منفعر) ایک سفید لینی ساخت نظر آتی ہے جو کہ پلینٹا (مشیمہ) کے ایک حصہ میں پوری وبازت کے اندر واقع ہے۔ یہ تصویر کے بائیں حصہ میں دکھائی دیتی ہے پلینٹا (مشیمہ) کا بقیہ حصہ طبعی ہے۔

ان ولائی (خلات) کی جڑوں تک پھیل جاتے ہیں اور بالآخر سنٹیل (کلتہ الخلتائی) پوشش تک پہنچ جاتے ہیں۔ پھر ان ولائی (خلات) کے گرد و پیش کے مادری خون میں ترویج ہو جاتی ہے اور کل کا کل رقبہ لیفی بافت میں مبدل ہو جاتا ہے اور ولائی (خلات) کی ساخت زائل ہو جاتی ہے۔

ایک اور رائے یہ ہے کہ یہ ان فارکٹز (منفعات) کو ریا نک ولائی (سلوی خلات) کے عروق میں آبلر ٹوائنڈ آر ٹرائس (obliterative endarteritis = امحائی الہتہاب)

درون شریانی سے پیدا ہوتے ہیں۔ انڈ آرٹریٹس (التهاب درون شریانی) خملات کی شریاں کے اندر دوران خون میں مداخلت کرتا ہے، اور خملات کے سروں پر تخری تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ سنسٹیم (synecytium = کلتہ الخلیا) چونکہ ولس (خمل) کے غلاف کی بیرونی تہ ہوتی ہے، اس لئے وہ مادری خون سے کہ جس میں وہ بھیگی ہوئی ہوتی ہے، اب بھی تغذیہ حاصل کر سکتی ہے، اور متاثر نہیں ہوتی۔ لیکن عینق تہ یعنی لنگھان (Langhan) کے خلا یہ اور توصیلی بافت کا سروما (ہیکل) تغذیہ نہیں حاصل کر سکتا، اور متاثر ہوتا ہے، اور تخری تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ یہ تخری خطے بتدریج فائبرن (Fibrin) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد مائل تغیرات سنسٹیم (کلتہ الخلیا) میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مادری خون جو اس کے ساتھ تماس ہوتا ہے، انڈ ولس سپینر (بین الخملاتی فضاؤں) میں بھی مروّب ہو جاتا ہے، اور پھر اس میں فائبرن (fibrin) کی تنکوب ہو جاتی ہے۔ اگر یہ تغیرات پاس پاس کے ولانی (خملات) میں ایک ہی وقت واقع ہوں تو بالآخر متعدد ولانی (خملات) فائبرن کے ذریعہ آپس میں جڑ جاتے ہیں۔ بتدریج اُن میں زیادہ انحطاطی تغیرات پیدا ہوتے ہیں، یہاں تک کہ بالآخر فائبرین (fibrinous) تو وہ میں وہ مشکل شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور ایک ان فاکٹڈ (انفصام یافتہ) رقبہ پیدا ہو جاتا ہے (تصویر ۵۴) لیکن سرخ انفارکٹز (منفعات) اس طرح نہیں بنتے، اور ان کے طریقہ پیدائش کی توجیہ نہیں ہو سکتی۔ البتہ یہ بیان کیا گیا ہے کہ سرخ انفارکٹز (سرخ منفعات) کا البیومن یوریا (البیومن بولیت) کیسا اور جنین کے ناقص نمو کے ساتھ کوئی تعلق ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ڈسٹو (غشاء ساقط) کے عروق کے شق ہو جانے اور لمینٹل (میشمی) جرم میں نرف ہونے کا نتیجہ ہوں۔ تخری طور پر یہ ثابت کیا گیا ہے کہ آکزالٹیز (oxalates) اور کوئی فارم (coliform) قسم کے عضویات کا اثر اب کرنے سے حیوانات میں سرخ انفارکٹز (منفعات) پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

نتائج

مکن ہے کہ غائر امتحان پر وقتاً انفارکٹز (منفعات) ہر ایک پلینٹا (مشیمہ) میں ملیں۔ ۶۳ فی صدی مثالوں میں زیادہ بڑے انفارکٹز (منفعات) واقع ہونا بیان کیا گیا ہے۔

اگر یہ انفارکٹن (منفعات) چھوٹے ہوں اور بہت زیادہ تعداد میں موجود نہ ہوں تو کوئی غیر طبعی نتائج مترتب نہیں ہوتے۔ لیکن جب وہ بڑی جماعت کے ہوتے ہیں یا بہت سے موجود ہوں ہیں تو ممکن ہے کہ وہ پلیمینٹا (مشیمہ) کے اتنے حصہ کو بے تعصبہ کر دیں کہ جنین کے تغذیہ میں مداخلت پیدا ہو اور کبھی کبھی جنین کی موت واقع ہو جائے۔ سرخ انفارکٹن (منفعات) اتنی کثرت سے نہیں دیکھے جاتے جتنی کثرت سے کہ سفید انفارکٹن (منفعات)۔ بقول مختلف مشاہدین کے ۳۳ سے ۶۷ فی صدی مثالوں میں مادری البیومن یوریا (البیومن بولیت) پایا جاتا ہے۔ یہ ایکلیمپیا (انشناج) کے ہمراہ نہیں پائے جاتے البتہ گروہ کے مرض کہنے سے جو البیومن یوریا (البیومن بولیت) پیدا ہوتا ہے اس کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ سرخ انفارکٹن (منفعات) کے نتیجہ میں جنین اکثر اوقات ناقص طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مر جائے۔

امبلاٹکل کارڈ (جبل السری) کی بیقا عذکیاں

طول۔ بیان کیا جاتا ہے کہ امبلاٹکل کارڈ (جبل السری) کا معمولی طول تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ جنین کا ہوتا ہے لیکن اس سے معتد بہ اختلافات بھی واقع ہوتے ہیں۔ حد سے زیادہ طوالت، نزول کا میلان اور گنڈ لیوں اور گریہوں کی ٹھوکیں کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ غیر معمولی طور پر چھوٹی کارڈ (جبل) کے مندرجہ ذیل نتائج ہوتے ہیں۔ میلپرینزیشن (ناقص تطریق) وضع حمل میں تاخیر پلیمینٹا (مشیمہ) کی پیش از وقت علیحدگی سے انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادت نفز) کارڈ (جبل) کا انشقاق اور جسم کا ان ورکشن (ارتکاس)۔

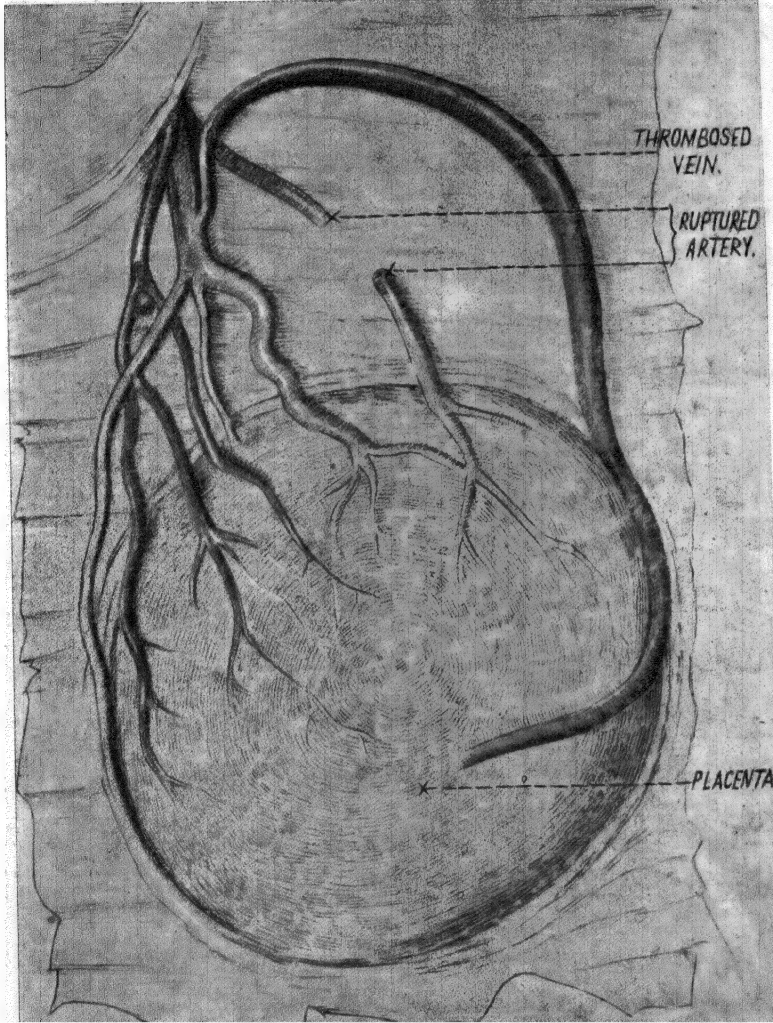
183

اگر کارڈ (جبل) جنین کے کسی حصہ کے گرد گنڈ لی مارے ہوئے ہو تو یہ وہی اثر پیدا کرتی ہے جو ایک غیر معمولی طور پر طویل کارڈ (جبل) سے پیدا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ پلیمینٹا (مشیمہ) کی طرف جائے والے جنینی دوران خون میں مداخلت ہونے سے یہ مردہ ولادت کا موجب ہو۔ کارڈ (جبل) سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ گردن کے گرد لپیٹی ہوتی ہے لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ جسم اور جوارح کے گرد گنڈ لی بنی ہوئی ہو۔

کارڈ (جبل) کے چھوٹا ہونے، یا گنڈ لی کی وجہ سے اس کے نسبت چھوٹا ہونے کی تشخیص آسان نہیں ہے۔ اس کا شک

اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بلا کسی ظاہر اسبب کے تاخیر واقع ہوتی ہے، اور درووں کے

184



علقیت یا قہ
ورید

مشقوق
شریان

مشیمہ

تصویر ام - کارڈ (جیل) کی ویلا منٹس (قناعی) انتہائی میل ڈور پلینٹ (شیمہ طبیبیہ) ،
جس میں ایک مشقوق شریان اور ایک علقیت یافتہ ورید دکھائی گئی ہے ۔

درمیان سر نمایاں حد تک پیچھے ہٹ جاتا ہے، اور انٹی پارٹم ہیمیرج (قبل الولادت زرف)

واقع ہوتا ہے۔ سر کی ولادت کے وقت کارڈ (جبل) کا گردن کے گرد ہونا، اس کا معمولی علاج پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔ اگر اس کا تاخیر کا سبب ہونا وضع حمل کے دوران میں جلد تر شناخت کر لیا جائے، تو اس کو کاٹنے اور سرعت کے ساتھ ولادت کرانے کی کوشش کرنی چاہئے۔

گرہیں جنینی حرکات کے نتیجہ کے طور پر بنتی ہیں، یعنی بچہ کسی چنبر میں سے گذر جاتا ہے اور یہ چنبر بعد میں گرہ بن جاتا ہے۔ ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ گرہیں اتنی مضبوط ہوں کہ دوران خون میں رکاوٹ پیدا کریں، لیکن گاہے گاہے وہ جنین کی درون رحمی موت کا موجب ہوتی ہے۔ ممکن ہے وہارٹن (Wharton) کے فالودہ کے حدب گروہوں کا سامنظر پیش کریں۔ ان کو گرد ہائے کاذب کہا جاتا ہے، اور ان کی کچھ عملی اہمیت نہیں ہے۔

کارڈ (جبل) کا چھوٹا ہونا۔ کارڈ (جبل) یا تو درحقیقت چھوٹی ہوتی ہے یا جنین کے کسی حصہ کے گرد لپیٹی ہونے کے باعث نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے۔ ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ وضع الحمل کے پہلے مرحلہ میں رکاوٹ واقع ہو، بالعموم رکاوٹ سر کی ولادت کے بعد واقع ہوتی ہے۔ خطرات یہ ہیں: انشقاق کارڈ (جبل)، پلیسینٹا (مشیمہ) کی قبل از وقت علحدگی اور رحم کا ان ورشن (ارتکاس)۔ ان ورشن (ارتکاس) و س آفرنٹ (vis a fronte = قوت کشندہ) کا نتیجہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ حادثہ اس وقت جب کہ رحم منقبض ہو رہا ہو، واقع نہیں ہو سکتا۔ علاج یہ ہے کہ اگر کارڈ (جبل) گردن کے گرد لپیٹی ہوئی ہو تو اسے چھڑایا جائے، یا کارڈ (جبل) پر شکنجہ لگا کر اس کو کاٹ لیا جائے، اور پھر بچہ کی ولادت میں تعجیل کی جائے۔

کارڈ (جبل) کی ویلنٹس (velamentous = قناعی) انتہا شاذ و نادر کارڈ (جبل) پلیسینٹا (مشیمہ) کی جنینی سطح کے مرکز کے ساتھ چپیدہ ہوتی ہے۔ بالعموم یہ مرکز سے ذرا ایک طرف منتہی ہوتی ہے، یا ممکن ہے پلیسینٹا (مشیمہ) کے حاشیہ پر چپیدہ ہو، جبکہ بٹیل ڈور پلیسینٹا (battledoor placenta = مشیمہ طباطبایہ) ظہور میں آتا ہے۔ ان اختلافات کی کچھ

سروری اہمیت نہیں ہے۔

گاہے کارڈ (جبل) کا سراغ شبیہ کے ساتھ چپیدہ ہوتا ہے اور مشمول عروق پہلے

منقسم اور شاخ شاخ ہو کر پھر پلیمنٹا (مشیمہ) تک پہنچتے ہیں۔ یہ بیقاعدگی ویلاسٹس (قناعی) انتہا کے نام سے مشہور ہے۔ یہ شاذ ہے اور بیان کیا جاتا ہے کہ یہ تو اموں میں زیادہ عام ہے۔

اس کیفیت کی سرمدی اہمیت یہ ہے کہ بعض اوقات عروق اغشیہ کے اس حصہ پر واقع ہوتے ہیں جو کہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین قطعہ رحم) یا آس انٹرنم (اندرونی فم رحم) پر واقع ہوتا ہے، اس حالت کو واسا پریویا (vasa prævia = عروق متقدم) کہتے ہیں۔ یہ معلوم ہے کہ پریزنٹنگ (تطریقہ) حصہ کے دباؤ سے اختناق پیدا ہو کر، یا عروق کے ٹوٹ جانے سے زرف واقع ہو کر اس حالت سے جنین کی موت واقع ہو چکی ہے (تصویر ۲۱)۔

باب ہندم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں

آتشک

کہا جاتا ہے کہ آتشک پیش از ميعاد انقطاع حمل کے اہم ترین اسباب میں سے ہے۔ پیش از ميعاد وضع حمل یا درون رحمی موت کی صورتوں میں ہمیشہ آتشک کا شبہ کرنا چاہئے بشرطیکہ والدین میں سے کسی ایک میں وازرین (Wasserman) کا تعامل پایا جائے خواہ مرض کا کوئی اور ثبوت موجود ہو یا نہ ہو۔ ممکن ہے کہ تشخیص کا واحد ذریعہ یہ ہو کہ طفیلیہ کی موجودگی دریافت کرنے کے لئے جنینی بافتوں کا امتحان کرنا پڑے۔ اگر ماں میں سرایت دوران حمل میں واقع ہو تو ابتدائی قرح اتنا امتیازی نہیں ہوتا جتنا کہ عموماً ہوتا ہے اور ثانوی مظاہر اکثر اوقات صرف خفیف طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ یہ جزوی سبب ہے اس امر کا کہ بعض مشاہدین ایک تندرست عورت کے ہاں آتشکی بچہ پیدا ہونا ممکن سمجھتے ہیں (کالسیسز لا Colles's law = قانون کالیز)۔ ان صورتوں میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ اووم (بیضہ) باپ کے سپریمٹازون (حیوان منویہ) سے براہ راست سرایت زدہ ہو گیا ہو گا۔ اس رائے میں شک کی گنجائش ہے، اغلب ہے کہ قرش مخفف شکل میں ہو، کیونکہ اگر ایک بظاہر تندرست عورت کو آتشکی بچہ پیدا ہوا اور وہ اپنے بچہ کو دودھ پلائے، تو وہ بدیہی طور پر

سرائیت زدہ نہیں ہوتی جس سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ وہ درحقیقت خفیف درجہ تک پہلے ہی سے سرائیت زدہ تھی۔ مزید براں ان صورتوں میں جن میں جنینی آتشک کا ثبوت ہوتا ہے اور ماں میں مرض کا کوئی ثبوت نہیں ہوتا، مادری خون سے وازینی تعامل حاصل کیا جاسکتا ہے۔ جدید رائے یہ ہے کہ وہ عورت جس نے آتشکی بچہ جنا ہوا، خود بھی آتشک زدہ ہوتی ہے۔ حمل پر آتشک کا اثر اس امر کے لحاظ سے متغیر ہوتا ہے کہ سرائیت کب واقع ہوئی ہے۔ اگر ماں میں اناکولیشن (inoculation = تطعیم) استقرار حمل سے پہلے واقع ہوا ہے، تو اکثر اوقات ایبارشن (استقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل واقع ہوتا ہے۔ اگر وضع حمل پیش از میعاد ہو تو بچہ اکثر اوقات مردہ ہوتا ہے، شاذ و نادر ایسا ہوتا ہے کہ وہ زندہ پیدا ہوتا ہے اور اس میں مرض کے معین مظاہر پائے جاتے ہیں۔ اگر بچہ پورے دن پر پیدا ہوا تو عموماً پیدائش کے وقت وہ کوئی امارت مرض نہیں ظاہر کرتا تاہم مرض بعد میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ اگر سرائیت حمل سے کچھ معتد بہ مدت قبل واقع ہو چکی ہے اور بالخصوص اگر مریضہ کا علاج شد و مد کے ساتھ کیا گیا ہے، تو اغلب ہے کہ بچہ تندرست ہوگا اور کبھی کوئی امارت مرض نہ ظاہر کرے گا۔

186

جب ماں کی اناکولیشن (تطعیم) استقرار حمل کے وقت یا دوران حمل میں واقع ہوتی ہے، تو بچہ تقریباً ہمیشہ آتشکی ہوتا ہے، لیکن یہ خطرہ اس امر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ مرض حمل کے کون سے زمانہ میں حاصل کیا گیا ہے۔ اگر پہلے چند ماہ کے اندر حاصل کیا گیا ہے تو جنین ہمیشہ ثبوت مرض پیش کرتا ہے، اور اگر بعد میں حاصل کیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ جنین بچ جائے۔

یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جب ایک آتشکی بچہ پورے دن پر زندہ پیدا ہوتا ہے، تو ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے کہ وہ پیدائش کے کچھ منٹے بعد تک آتشک کا کوئی ثبوت پیش کرے۔ جن شاذ صورتوں میں پیدائش کے وقت اس مرض کا ثبوت پایا جاتا ہے ان میں یہ مرض قریب قریب ہمیشہ آتشکی پمفلیس (Pemphigus = قلع) کی شکل اختیار کرتا ہے (دیکھو صفحہ 609)۔ علاج۔ ماں باپ دونوں کے لئے علاج دافع آتشک کی ضرورت ہوتی ہے، خواہ ماں تندرست ہی کیوں نہ معلوم ہوتی ہو۔ سلو آکسن (salvarsan) کا درون و ریدی طور پر اشرب کرنا چاہئے۔ اور اس کے بعد بزمہ اور اینٹی منی بال تبادول، درون عضلی طور پر

دیکر علاج کرنا چاہئے۔ سم الغار، سیماں اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) کے نمکیات پلیسٹا (مشیئم) کی راہ سے آسانی سے منتقل ہو جاتے ہیں لہذا ان ادویہ کے ذریعہ جنین بھی محفوظ ہو جاتا ہے۔ بہت سے واقعات مندرج ہوئے ہیں جن میں ماں کا دافع آتشکی علاج کرنے سے بچہ کے لئے بھی مفید نتائج ظاہر ہوئے ہیں۔ کالیز (Colles) کا کلیہ یہ ہے کہ اگر آتشکی بچہ کو خود اس کی ماں دودھ پلائے تو کچھ نقصان نہیں ہوتا۔ لیکن اگر وہ دودھ نہ پلا سکے تو کسی اتنا کو ہرگز ہرگز نہ ملازم رکھنا چاہئے۔

بچہ کے علاج کے واسطے دیکھو صفحہ 609 -

گانوریا (Gonorrhea = سوزاک)

جب یہ مرض حمل کے دوران میں ہو تو سادول و ویجاٹائٹس (vulvo-vaginitis) = فرجی ہبلی التهاب) جس میں دلولو (فرج) نمایاں طور پر سخی اور تہیج ہو جاتی ہے، پیدا ہونے کا امکان ہے۔

ایک مزمن گانوریل (سوزاکی) سرایت کی مریضہ کا حاملہ ہو جانا ممکن امر ہے، بشرطیکہ فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپائی انا بیب) کی استری غشاء سرایت زدہ نہ ہوئی ہو۔ حمل میں گانوریا (سوزاک) کی بہت سی اصابتوں میں سرایت اور استقرارِ بیک وقت واقع ہوتے ہیں۔

یہ مرض حمل پر کوئی اثر نہیں رکھتا، تاوقتیکہ کہ رحم بھی مرض زدہ نہ ہو جائے، ایسا اول تین ماہ کے دوران میں ہو سکتا ہے، اور اس وقت ایبارشن (اسقاط) ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر سرایت پیور پریم (نفاس) کے دوران میں ہو تو مرض کے فالوپین ٹیوبز (فالوپائی انا بیب) یا بیلوک پر ٹیونیم (حوضی باریطون) یا جوئے خون تک پھیل جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ وضع حمل کے دوران میں یہ خطرہ ہوتا ہے کہ بچہ کی آنکھیں سرایت زدہ نہ ہو جائیں۔

علاج ماں کا علاج

حمل میں - مریضہ کو سپلے انسٹینائزڈ (anæsthetized = عذیم الحس) کر دینا چاہئے، اور ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) کو اچھی طرح پچا کرنے اور مواد کو دور کرنے کے بعد زان کی مخاطی سطحوں پر نائٹریٹ آف سلور کا پانچ فی صدی محلول اچھی طرح لگانا چاہئے۔ سروائیکل قنال (عنفقی قنال) کو بھی صاف کرنا اور مدفع العفونت کرنا ضروری ہے۔ ایسا کرنے کا بہترین ذریعہ روئی ہے جو ایک پلے فیر (Playfair) کی سلائی کے سرے گرد لپیٹ لی گئی ہو، اور آیوڈاز ڈیفینال (iodized phenol) کے - انی صدی محلول میں ڈوبی گئی ہو۔ اس کے بعد مریضہ کو ٹمائے رکھنا چاہئے، اور ویجائنا (مہبل) کو دو کوئٹس بورک ایڈ محلول سے ہر چار چار گھنٹہ پر نطول کرنا چاہئے، اور ویجائسل (مہبلی) دیواروں پر ایک روزانہ (۵ فیصدی) نائٹریٹ آف سلور لگانا چاہئے حتیٰ کہ مواد عملی طور پر بند ہو جائے۔ سلور نائٹریٹ ہفتہ میں دو مرتبہ لگانا کافی ہوگا۔ اگر مریضہ کو سرایت کے حاد مرحلہ میں دیکھا جائے تو انتہائی مقامی اہمیت ہوتی ہے۔ لہذا تشخیصی اغراض کے لئے ایک پچھرا لے لینے کے بعد مناسب ہے کہ صرف بورک ایڈ (boric acid) کے نطولوں کے ذریعہ علاج کیا جائے، یہاں تک کہ حاد مرحلہ ختم ہو جائے، جو کہ عموماً ہفتہ عشرہ تک رہتا ہے۔

دوران وضع حمل میں - اگر مرض سے کلی طور پر شفا یابی نہ ہوئی ہو، یا وضع حمل کے دوران میں مرض پہلی بار دیکھا گیا ہو، تو مہبل کو پچا کر خشک کر دینا چاہئے اور پھر اس پر ٹنگچر آف آیوڈین (tincture of iodine) کی تصمید کر دینا چاہئے۔ اگر پہلا مرحلہ طویل ہو اور اغشیہ مشوق نہ ہوئے ہوں تو ایک نطول دینا چاہئے جس میں فی پائنٹ ایک ڈرام ٹنگچر آف آیوڈین ہو۔

پیویر پریم (نفاس) کے زمانہ میں جتنا جلد ممکن ہو مریضہ کو بیٹھنے کی نشست اختیار کرنا چاہئے۔ پیویر پریم (نفاس) کے زمانہ میں ویجائسل (مہبلی) نطولوں سے یہ خطرہ ہے کہ جراثیم رحم کے اندر تک پہنچ جاسکتے ہیں۔ یہ صحیح ہے کہ پانی میں گونوککس (gonococcus =

نبقہ سوزاکیہ) مر جاتا ہے، لیکن پیورپرل ویسائٹا (نفاسی مہل) جلد ہی ثانوی طور پر دیگر عضو یا سے سرایت زدہ ہو جاتی ہے، اور خطرہ دراصل یہی ہے۔

بچہ کا علاج - جیسے ہی بچہ کا سر پیدا ہو، اور نیز سر پیدا ہو چکنے کے بعد، وہی احتیاطیں جن کی تفصیل صفحہ 606 پر بیان کی گئی ہے اختیار کرنا چاہئیں۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ گانوریل انفیلیا (gonorrheal ophthalmia = سوزاکی آشوب چشم) کی ابتدائی امارات تو نہیں شروع ہوئیں، ہر روز بچہ کا غائر امتحان کرتے رہنا چاہئے۔ بچوں میں نابینائی کا عام ترین سبب یہی مرض ہے۔

ٹیوبرکلوسس (Tuberculosis = تدرن)

ٹیوبرکلوس (تدرن زدہ) عورت چہل کا اثر ہمیشہ نقصان رساں ہوتا ہے، اور بڑا مانہ پیورپریم (نفاس) و لیکٹیشن (رضاعت) علامات میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ قبل از میعاد انقطاع حمل کا کوئی رجحان نہیں ہوتا۔

انذار

پورے دن پر بہت سی ٹیوبرکلوس (تدرنی) عورتوں کے ہاں بالکل تندرست بچے پیدا ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ٹیوبرکلوس (تدرن) ماں سے بچہ کو منتقل ہوتا ہے اور جنینی خون میں اس کے عصیات پائے جاتے ہیں۔ غالباً سرایت بذریعہ خون پلینٹا (شیمہ) کی راہ سے واقع ہوتی ہے، کیونکہ جنینی ضررات سب سے زیادہ جگہ میں نمایاں ہوتے ہیں۔ مگر واقعات کی بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ مرض ماں سے جنین کو براہ راست نہیں منتقل ہوتا۔ بعد میں ٹیوبرکلوسس (تدرن) بچہ میں رونما ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ اسی ماحول میں ہوتا ہے جس میں کہ ٹیوبرکلوس (تدرنی) ماں ہوتی ہے، اور نیز اس کا سبب یہ امر بھی ہوتا ہے کہ ٹیوبرکلوسس (عصیت تدرن) کے خلاف بچہ کی مدافعت قوتیں بہ نسبت اس بچہ کی قوتوں کے جو کہ تندرست والدین کے ہاں پیدا ہو کر ضرور ہوتی ہیں۔

علاج

اگر حمل ترقی یافتہ ہو تو پیش از میعاد وضع حمل کا امالہ کرنا کبھی مناسب نہیں ہوتا، کیونکہ یہ مریضہ کے لئے اتنا ہی نقصان رساں ہوتا ہے جتنا کہ پورے دن پر وضع حمل۔ لہذا حمل کو قائم رہنے دینا چاہئے۔ اگر بظاہر یہ یقینی ہو کہ مریضہ پورے دن سے قبل فوت ہو جائے گی، تو بچہ کی بہبودی کے خیال سے پیش از میعاد وضع حمل کا امالہ کرنا اخلاقاً جائز ہو سکتا ہے۔

ماں کو اپنے بچہ کو دودھ پلانے کی اجازت نہ دینا چاہئے، اور اسے خبردار کر دینا چاہئے کہ چومنے سے سرایت منتقل ہوتی ہے۔

ٹیوبرکلوس (تدرنی) عورتوں میں خواہ مخواہ ایبارشن (انقطاع) کا مشورہ نہ دینا چاہئے۔ ایبارشن (انقطاع) ان صورتوں میں جائز ہے کہ جب کسی مریضہ کو ابتدائی تھیسس (pthisis = سل ریوی) ہو جو حال ہی میں دب گیا ہو، اور حمل کا بار پڑنے کی وجہ سے امارات عود کرائی ہوں۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں سپائنل این ایس تھیسس (spinal anaesthesia = شوکی عدم حسیت) کے تحت سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرائی چاہئے، اور فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپنی انبوہوں) کے اتصال اور بندش کے ذریعہ مریضہ کی تعقیم کر دینی چاہئے۔ ان مریضاؤں میں جن میں تدرنی اضرار کم ترقی یافتہ ہوں، وضع حمل کا انضام گیس اینڈ آکسیجن این ایس تھیسس (gas and oxygen anaesthesia = گیس اور آکسیجن کی عدم حسیت) کے تحت، اور دوسرے مرحلہ کے ختم کے قریب تھوڑے سے کلوروفارم (chloroform) کے ذریعہ معمولی طریقہ پر انجام دینا چاہئے۔ ایتھر (ether) سے اجتناب کرنا چاہئے۔

میزلز (Measles = کھسر)

حاملہ عورت میں میزلز (کھسر) کے چند ہی واقعات مندرج ہوئے ہیں۔ غالب ہے کہ ایبارشن (انقطاع) یا پیش از میعاد وضع حمل ہو جائے۔ مرض کا جنین کی طرف درون رحمی انتقال دیکھا گیا ہے، ممکن ہے کہ بچہ کی پیدائش کے وقت امتیازی طغیہ موجود ہو، یا یہ پیورپریم (نفاس) کے دوران میں رونما ہو۔ نوعمر شیرخوار میں پلیمزیکل

(pulmonary catarrh = ریوی نازلت) کی وجہ سے میز لز (کھسرہ) خصوصیت سے خطرناک ہے۔

189

ٹائیفائیڈ (Typhoid) = تپ محرقہ

ٹائیفائیڈ (تپ محرقہ) حمل کی ایک خطرناک پیچیدگی ہے کیونکہ واقعات کی بہت بڑی تعداد میں ایبارشن (استقاط) یا پیش از ميعاد وضع حمل واقع ہوتا ہے لیکن حمل کا خود مرض پر بالکل اثر نہیں پڑتا۔ اعضائے جنین کے اندر عصبیات ثابت کئے جا چکے ہیں اور جنینی معاء میں پیرو (Peyer) کی چکیتیوں کا تقرح بھی پایا جاتا ہے۔

سمال پاکس (Smallpox) = چیچک

غیر حاملہ حالت کی نسبت دوران حمل میں سمال پاکس (چیچک) کا انداز زیادہ خطرناک ہوتا ہے کیونکہ اس میں کانفلوئنٹ (confluent = لتقائی) اور ہیمریجک سمال پاکس (hæmorrhagic smallpox = نزفی چیچک) زیادہ عام ہے۔ حمل پر نہایت عام اثر یہ ہوتا ہے کہ ایبارشن (استقاط) یا پیش از ميعاد وضع حمل کی تحریک ہوتی ہے۔ ایسے بچے پیدا ہوئے ہیں جن کے ثوران نکلا ہوا ہوتا ہے، نوولر (دوبھنی) تواموں کی صورتوں میں ممکن ہے کہ صرف ایک ہی توام مست اثر ہو۔ اس امر میں اختلاف ہے کہ آیا جدرین رسائی کا محافظ اثر ماں سے جنین میں منتقل ہو سکتا ہے یا نہیں، لیکن جب ضروری ہو تو حاملہ عورت میں جدرین رسائی کی جا سکتی ہے، ایبارشن (استقاط) یا پیش از ميعاد وضع حمل کی تحریک کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

چیکن پاکس (Chicken pox) = جدیری

چیکن پاکس (جدیری) کا حاملہ اور غیر حاملہ عورت میں یکساں مہم ہوتا ہے۔ اختتام حمل کے امکان میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے بچہ طفو سے ڈھکا ہوا پیدا ہو۔

سکارلٹ فیور (Scarlet fever = تپ قمری)

عام طور پر یہ بیان کیا گیا ہے کہ سکارلٹ فیور (تپ قمری) بہ نسبت حمل کے زمانہ کے پیورپیریم (نفاس) کے زمانہ میں زیادہ عام ہے۔ پیورپرائٹس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت زدگی) میں اور البتہ اب لوزہ اور سکارلٹ فیور (تپ قمری) کی بعض اصابتوں میں واضح تعلق پایا جاتا ہے۔ پیورپرائٹس (نفاسی عفونت زدگی) میں سب سے زیادہ خشی عضوبہ جو پایا جاتا ہے (ہیمولٹک سٹریپٹوکوکس) haemolytic streptococcus = خون پاش تبقہ (سبجیا) وہ ان تینوں امراض میں مشترک ہے۔ یہ خیال رکھنا چاہئے کہ پیورپرائٹس (نفاسی عفونت زدگی) کی اصابتوں میں جو طفہ واقع ہوتا ہے، وہ قمری بخار کے طفو سے غلط طے نہ کیا جائے۔ اگر یہ تپ دوران حمل میں واقع ہو یا مخصوص اگر حمل کے ایام محنت میں واقع ہو تو مرض زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ ابتدائی ہیمینوں میں ایبارش (استقاط) ہونے کا اندیشہ ہے۔ اس امر کا کوئی اطمینان بخش ثبوت نہیں ہے کہ جنین پیدا ہوتے وقت اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے۔

کوریآ (Chorea = واء الرقص)

سبب

کوریآ (وار الرقص) اور حمل کا اجتماع عموماً اس نوع پر مری گریوڈا (اولیں حاملہ) میں واقع ہوتا ہے جس کو رومیکل فیور (رشی تپ) ہو چکا ہو۔ یہ امر کہ حمل کوریآ (وار الرقص) کے حملہ کی استعداد پیدا کرتا ہے قریب قریب قیاس معلوم ہوتا ہے، اس لئے کہ یہ مرض قطعاً تقریباً کئے حاملہ عورت میں نہایت عام ہے۔ بعض اوقات کسی عصبی بار کی شہادت پائی جاتی ہے، لیکن سب سے زیادہ جدید رائے یہ ہوگی کہ اس کو ٹاکسیمیا (سمات دموی) میں شمار کیا جائے۔

علامات و امارات

واقعات کی غالب تعداد میں کو ریا (دوار الرقص) حمل کے ابتدائی چار ماہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ ایک اوسط حملہ مرض سے جو کہ غیر حاملہ عورت میں واقع ہوتا ہے، یہ اس حیثیت سے مختلف ہوتا ہے کہ یہ زیادہ شدید ہوتا ہے، چنانچہ حرکات زیادہ تند ہوتے ہیں، دہلا پن زیادہ ہوتا ہے، اور مانیکی طرف میلان بڑھ جاتا ہے۔

انذار

انذار اتنا زیادہ خطرناک نہیں ہوتا جتنا کہ زمانہ ماضی میں فرض کیا جاتا تھا۔ واقعات کی زیادہ غالب تعداد میں حمل اور وضع حمل کا مرنثر نہیں ہوتا۔ مس کبیج (الماس) اور پیش از مبعاد وضع حمل غالباً کسی قدر زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ مرض عموماً اختتام حمل کے بعد فوراً ہی غائب ہو جاتا ہے۔

علاج

مریضہ کے لئے بستر پر مکمل آرام اور بافراط غذا ضروری ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے حرکات کی شدت کی وجہ سے اس کی نگہ رانی کی ضرورت ہو۔ اسٹیل سلی سائلک ایسڈ (acetyl-salicylic acid) اور سیلی سیلیٹس (salicylates) کے علاوہ کوئی ادویہ مفید نہیں پائی گئیں۔ اگر ضرورت ہو تو مریضہ کو کلورل (chloral) اور برومائیڈ (bromide) کی مدد سے سنانا چاہئے۔ یہ نہایت ضروری ہے کہ مریضہ کو الگ تھلگ رکھا جائے اور اس کو ہر طریقہ پر اطمینان دلایا جائے۔ اگر کوئی شبہ ہو کہ کو ریا (دوار الرقص) پریشانی کی وجہ سے پیدا ہوا ہے تو پریشانی کا سبب معلوم کرنے کی کوشش کرنا چاہئے اور اگر ممکن ہو تو اسے رفع کرنا چاہئے۔ علاج میں ایک اہم چیز یہ ہے کہ ایک زیرک نرس (مرضہ) کے ذریعہ نگہ رانی اور ضبط رکھا جائے۔

حمل ختم کرنے کے سوال پر صرف اسی وقت غور کرنا پڑتا ہے جب کہ مریضہ کی زندگی خطرہ میں ہو جو کہ خوش قسمتی سے شاذ و نادر ہوتا ہے بشرطیکہ مریضہ کا مناسطہ پر

علاج کیا گیا ہو۔ اختتام حمل کی صورتوں میں تعداد اموات زیادہ ہوتی ہے، اور شائع شدہ اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ عملیتی طور پر حمل ختم کرنے کی بہ نسبت اگر خود بخود حمل ختم ہو جائے تو معتد بہ اچھے نتائج مترتب ہوتے ہیں۔
اس میں خفیف ترین بھی شبہ نہیں ہے کہ بہت سی امواتوں میں وضع حمل کا اہم مریضہ کی موت کا باعث ہوا ہے۔

اپنڈیسائٹس (Appendicitis) الہتباب زائدہ

اپنڈیسائٹس (الہتباب زائدہ) اور حمل کا اجتماع اتنا قلیل الوقوع نہیں جتنا کہ شائع شدہ واقعات سے کوئی شخص فرض کر سکتا ہے۔ ایک حادثہ پہلی مرتبہ پیدا ہو سکتا ہے یا مرنے والے کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے اور وقت جبکہ بڑھتے ہوئے حمل نے زائدہ کے پروس میں انضمامات توڑ دے ہوں۔

تشخیص

دہنی جانب ٹٹکی درد کے اسباب یہ ہیں۔ پائلٹس (pyelitis = الہتباب حوض گردہ)، اکثر ایوٹرائن پریگننسی (خارج الرحم حمل) صفر اوی یا کلوی تولج اور اپنڈیسائٹس (الہتباب زائدہ)۔ اس کے علاوہ جب درد بہت محدود و المقام نہیں ہوتا، تو شاید اس کی وجہ وضع حمل اور مس کیریج (املاص) سے پیدا شدہ رحمی انقباضات ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع غلطی یہ ہے کہ پائلٹس (pyelitis) کو اپنڈیسائٹس (الہتباب زائدہ) کے ساتھ غلط مل کیا جائے، اس لئے کسی مشتبہ صورت میں قارورہ کا غور سے امتحان کرنا چاہئے۔
اس قے پر جو کہ اپنڈیسائٹس (الہتباب زائدہ) کے ساتھ پائی جاتی ہے، پریٹنٹمنگ (متلف قے) کا مبالغہ ہوا ہے، لیکن قے کے یک بیک آغاز، نبض کی کیفیت پیش اور قارورہ سے تشخیص واضح ہو جانا چاہئے۔

پیوریریم (نفاس) کے ابتدائی ایام میں اکثر موقعوں پر اپنڈیسائٹس (الہتباب زائدہ) کو پیورپرل سپیس (نفاسی عفونت) کے ساتھ غلط مل کیا گیا ہے۔

انذار

حمل اور پیور پریم (نفاس) کے دوران میں اپنڈیسائٹس (التهاب زائده) کا خطرہ بڑھ جاتا ہے، کیونکہ اپنڈیسائٹس (التهاب زائده) کو جلد تشخیص کرنا اور عملیہ کے بعد عمنس کی چھٹی طرح نیلیت کرنا زیادہ دشوار ہوتا ہے اور بڑھتے ہوئے رحم کی وجہ سے التهاب کے پھیلنے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ مس کیرتج (املاس) واقع ہونے کا بھی امکان ہے۔

علاج

حمل کو نظر انداز کر دینا چاہئے۔ اگر حمل سے قطع نظر عملیہ قرین مصلحت ہو، تو اسے کرنا چاہئے۔ اگر کسی عورت پر ایک حمل ہو چکا ہو اور اس کے حاملہ ہو جانے کا اندیشہ ہو، تو حفظہ ماتقدمی علاج کی حیثیت سے اس کی اپنڈیکٹومی (appendicotomy) = زائده براری) مطلوب ہے۔

باب ستم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (پہلے باقی)

مزمن الہتہاب گردہ

مزمن الہتہاب گردہ کے ساتھ حمل ہونا ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہو سکتا ہے۔ دوران حمل میں گردوں کو تبدیل شدہ مادری تحول کے حاصلات کو ہی نہیں بلکہ جنینی فاضل حاصلات کو بھی خارج کرنا پڑتا ہے۔ لہذا اگر مریضہ کو مزمن الہتہاب گردہ ہے، تو وہ گردے جو حمل سے پہلے ٹھیک اتنی صلاحیت رکھتے تھے کہ معمولی روزمرہ کے تحول سے عہدہ براہوں، اب ان کو زائد کام کرنا پڑتا ہے جس سے ان کی فعلیت بگڑ جائے گا امکان ہے۔

علامات

بہت سی اصابتوں میں مزمن الہتہاب گردہ کوئی ایسی علامات پیدا نہیں کرتا جو خطرناک اہمیت رکھتی ہوں، مگر حمل کے کسی زمانہ میں بھی علامات واقع ہو سکتی ہیں۔ عام طور پر مریضہ تقریباً حمل کے پانچویں ماہ میں درد سر، ٹانگوں کے تھک، اور تھک کی وجہ سے مشورہ کی طالب ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے پر چہرہ پھلکی رنگت کا معلوم ہوتا ہے، اور پوٹے بالخصوص چلنے کی حالت میں پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ ٹانگوں اور ٹخنوں میں تھک ہوتا ہے

اور ولوا (فرج) میں بھی پہنچ ہو سکتا ہے۔ قلب بیش پروردگی کے امارات ظاہر کرتا ہے، ریڈیل (کعبی) شریانیں دیر محسوس ہوتی ہیں، اور فٹار خون مرتفع ہوتا ہے۔ ۲۰ ملی میٹر سیلاب (انماشی واؤ) سے زائد کی مقدار عام ہیں۔ بلڈ پلازما (blood-plasma = دموی پلازما) میں اس سے کم بانی کاربونیٹ اور کم کیلشیم ہوتا ہے، کہ جتنا غیر حاملہ حالت میں ہوتا ہے۔ لہذا مزمن التهاب گردہ کو ٹاکسک البیومن پوریا (البیومن بولیٹ) سے متمیز کیا جاسکتا ہے کیونکہ آخر الذکر میں مذکورہ بالا مادوں کی مقدار بالکل نہیں گھٹتی۔ قارورہ میں البیومن (albumin) اور ایپی تھیل کا سٹز (سرطانی سبائک) ہوتے ہیں۔ گذشتہ روداد کی تصفیث اکثر اوقات یہ ظاہر کرتی ہے کہ مریضہ سکارلٹ فیور (حمی قمری) یا ڈیفٹیریا (diphtheria = خناق وبائی) میں مبتلا رہ چکی ہے اور اس کے بعد اس نے کبھی کبھی چہرہ اور ٹانگوں کے تہج کی اور کم مقدار میں پیشاب آنے کی شکایت کی ہے کہ جس میں البیومن تھا۔ ان حملوں کے درمیان اس نے زیادہ مقداروں میں پیشاب کیا ہے جس کی کثافت نوعی بہت کم تھی اور جس میں البیومن کا شائبہ تھا۔

مزمن التهاب گردہ پر حمل کے اثرات

193

جب گردے پہلے ہی سے مرض زدہ ہوں تو ان کو حمل عموماً اور نقصان پہنچاتا ہے، اور یہ نقصان مستقل ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ (۱) گردے مادر ی اور جینیسی دونوں کے فاضل ماصلات کو خارج نہیں کر سکتے یا (۲) اگر یکایک پریگنسی ٹاکسمیا (حمی سم دم) کی علامات واقع ہو جائیں، تو زہر کے اخراج کے عمل میں گردوں کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔

(۱) اس گروہ میں مریضائیں حمل کے ابستہ انی ہسینوں میں اپنی معمولی صحت میں نظر آتی ہیں، تاہم قتیکہ کلوی فعلیت کی کمی کے آثار پیدا نہ ہو جائیں۔ یہ تقریباً پانچویں ماہ میں واقع ہوتا ہے، اور مریضہ درد سترقے اور تہج کی شکایت کرتی ہے۔ اگر علامات کو ترقی کرنے دیا جائے، تو تہج زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شکمی دیواریں بھی متاثر ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ پلورال ایفیوژن (pleural effusion =

پلوری انصباب) اور پھیپھڑوں کے تہیج کے امارات موجود ہوں۔ قارورہ کی مقدار قلیل ہو جاتی ہے، اور البیومن کی مقدار بڑھتی ہے، ایسی تحلیل (سرطانی) پایا لائن (رجحان) اور گرنیولر کاسٹنز (ذراتی سائیک) بافراط ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ خون موجود ہو۔ عام طور پر البیومن یورک ریٹیٹائٹس (albuminuric retinitis) البیومن بولیتی الہتہاب (شکیبہ) معہ شعلہ نما نزفات کے پایا جاتا ہے۔

ان علامات کے ہوتے ہوئے ایک مریضہ پر بتدریج یا بعض اوقات دفعتاً ایک غنودگی کی حالت طاری ہو جاتی ہے جو بڑھ کر قوما کی حالت ہو جاتی ہے اور قوما کے ہمراہ عضلاتی جھٹکے یا یوریمیا (uræmia = تسم بولی) کے کانوشنز (نشجات) ہوتے ہیں۔ (۲) اس گروہ میں مزمن الہتہاب گردہ کی علامات پڑا کیمیا آف پگننسی (حمل کے تسم دم) کی علامات مستزاد ہو جاتی ہیں۔ یہ علامات حمل کے کسی زمانہ میں بھی ظاہر ہو سکتی ہیں اور بہت جلد یعنی دوسرے ماہ میں مشاہدہ کی گئی ہیں، عموماً یہ آخری ہیمینوں میں پیدا ہوتی ہیں۔ مرض کی اس شکل میں علامات جو کہ مزمن ہو سکتے ہیں، اکثر اوقات نہایت ہی ناگہانی طور پر شروع ہو کر اشتداد اختیار کرتے ہیں ممکن ہے کہ کچھ سستی خفیف تہیج اور درد سر سے قطع نظر مریضہ اپنے کو تندرست محسوس کرے۔ دفعتاً درد سر زیادہ شدید ہو جاتا ہے، مریضہ قے کی شکایت کرتی ہے، اور اس پر سرعت کے ساتھ قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ قارورہ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور اس میں بہت سا البیومن ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں بیشتر اوقات مہلک ہوتی ہیں۔ گردوں کا بعد الموت معائنہ کیا جائے تو کہنہ الہتہاب گردہ پایا جاتا ہے، کیونکہ گردے کان ٹریکٹڈ (منقبض) اور گرنیولر (ذراتی) ہوتے ہیں اور ان میں بہت زیادہ لیفی بافت ہوتی ہے، اور اس کے علاوہ ایکوٹ ناکیمیا (حاد تسم دم) کا ثبوت پایا جاتا ہے کیونکہ ایسی تحلیلیم (سرطانی) حاد انحطاط کی حالت میں تاہر۔

مزمن الہتہاب گردہ کے اثرات حمل پر

مزمن الہتہاب گردہ استقرار حمل کو نہیں روکتا، لیکن اگر مریضہ حاملہ ہو جائے تو مس کیرج (املاص) یا پیش از ميعاد وضع حمل ہونے کا امکان ہے۔ اصابتوں کے

ایک سلسلہ میں تفتیش کرنے پر معلوم ہوا کہ ایک تہائی اصابتوں میں از خود مس کیرج (املاص) ہو گیا۔ ایک عام پیچیدگی انکسٹنٹل ہیمنٹیج (اتفاقی نزف) ہے۔ اکثر دیکھا جاتا ہے کہ بچہ پیدائش سے قبل مر جاتا ہے۔ اس کی وجہ کچھ تو غالباً وسیع پلینٹل (مشیبی) ضررات کی موجودگی اور پلینٹل (مشیبی) فعلیت کا زائل ہو جانا ہے اور کچھ اس کی وجہ متزا شدہ ٹاکسیمیا (تسم دم) ہے۔

تشخیص

اس حالت میں جبکہ حمل مزمن التهاب گردہ سے پیچیدہ ہو، اور اس حالت میں جبکہ سابق التهاب گردہ کے بغیر ہیپٹنسی ٹاکسیمیا (حلی تسم دم) ہو تفریق کرنا اکثر اوقات نہایت دشوار معاملہ ہوتا ہے۔ یہ دونوں حالتیں ایک زمانہ تک خلط ملط کی جاتی رہیں۔ ان میں درد مرقے، تہیج اولیومین یوریا (البیومین بولیت) کی علامات ایسے امور ہیں جو نمایاں مماثلت رکھتے ہیں اور بیشتر اوقات اس امر سے کہ مزمن التهاب گردہ کی حالت پر جو پہلے ہی سے موجود ہو، ٹاکسیمیا (تسم دم) کی حالت متزا د ہوئے کا امکان ہے، دشواری زیادہ ہو جاتی ہے۔

ان دونوں حالتوں کے درمیان تفریقی نکات، اس میں یہ امر حمل کے ٹائیک البیومین یوریا (سہی البیومین بولیت) اور ایکلیمپیا (الشناج) بحث کرتے وقت زیادہ تفصیل سے بیان کیا جا چکا ہے۔ اب یہ یاد دلانا کہ

کی صورت میں اکثر اوقات یہ روئداد ہوتی ہے کہ سکا (خناق وبائی) کے بعد کروی مرض کا ثبوت پایا گیا ہے اور یہ کہ زمانہ سابق میں قارورہ کی مقدار کثیر اور کثافت نوعی کم تھی، اور اس میں البیومین کا ایک شائبہ تھا۔ دوران حمل میں جب حمل ہوتا ہے تو قارورہ میں کاسٹرز (سائیک) کی نمایاں تعداد ہوتی ہے۔ لیکن مجموعی ٹائٹروجن یوریا اور ایمونیا کو فنشٹ (قدرا میونیا) میں قریب قریب کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ البیومین یورک ریٹی ٹائٹس (البیومین بولیتی التهاب شکیہ) زیادہ عام ہے۔ بلڈ یوریا (bloodurea = دموی یوریا) زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن نخون کا بانی کار بونیٹ

(bicarbonate) اور کیلشیم مافیہا کم ہو جاتا ہے، اور پیشاب میں یوریا کا ارتکاز کم ہو جاتا ہے (وان سلائیٹک Von Slyke کا کاشف)۔ بولی پروٹینوں کا باہمی تناسب یہ ہوتا ہے ۶ حصہ البیون اولیہ گلوبولن (globulin)۔ ان تمام نکات پر غور کرتے ہوئے یہ یاد آئے گا کہ ٹاکسیمیا آف پریگننسی (حمل کے تسم دم) میں صورت حال اس کے برعکس ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۹۶)۔

اگر مریضہ کو کائولٹنز (تشنجات) یا قوما شروع ہونے کے بعد دیکھا جائے تو تفریقی تشخیص اور بھی دشوار ہو جاتی ہے، مگر پوریہ پریم (نفاس) کے دوران میں علامات اتنا جلد روبہ اصلاح نہیں ہوتے، جتنا جلد کہ ایکلیپسیا (انشج) کے علامات روبہ اصلاح ہو جاتے ہیں۔ فشار خون بہت دھیرے دھیرے گرتا ہے اور قارورہ میں امبسیون دوکائٹنز (سائٹک) برابر آتے رہتے ہیں، بلکہ بہت مہینوں تک آتے رہتے ہیں۔

انذار

بچہ کے متعلق انذار خراب ہوتا ہے۔ واقعات کی ایک بڑی تعداد میں پیش از مباحثہ وضع حمل واقع ہوتا ہے، اور بچہ اکثر اوقات مردہ ہوتا ہے، یا ممکن ہے وضع حمل سے قبل ہی مرا ہوا ہو۔ جہاں تک ماں کا تعلق ہے، حمل کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ماں کے گردوں کو اور بھی نقصان پہنچتا ہے، اور اس طرح جو مضرات پیدا ہوتے ہیں وہ مستقل ہوتے ہیں۔ ماں کی زندگی؟ انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی کائولٹنز (تشنجات) نہ طاری ہو، نہ مر جائے یا خارج ہو جائے، تو بالعموم علامات میں نمایاں تحریف واقع نہیں ہوتا۔ اگر مریضہ زندہ بچ جائے، تو کلوئیٹس کے علامات بدرجہ اشتداد قائم رہتے ہیں، اور اگر وہ دوبارہ حاملہ ہو جائے تو علامات زیادہ جلد شروع ہو جاتے ہیں اور زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اس بنا پر اکثر اوقات یہ مشورہ دیا گیا ہے کہ مزن التهاب گروہ کی مریضاؤں کو شادی نہ کرنا چاہئے۔ لیکن ایسا مشورہ دینا طبیب کے فرائض میں داخل نہیں ہے۔ ایسی مریضاؤں کو خطرات سے آگاہ کر دینا طبیب کا فرض ہے، مگر شادی کے متعلق فیصلہ کرنا ان کا اپنا کام ہے۔ ایسا مشورہ کبھی کبھی مریضاؤں نے نہیں مانا ہے، اور واقعات مندرج ہیں کہ جن میں مزن التهاب گروہ کی

عورتیں کامیابی کے ساتھ کئی حمل سے عہدہ برآہوئیں اور زندہ رہیں۔

علاج

علاج وہی ہے کہ جو حمل کے ٹاکسک البیومن یوریا (سمی البیومن بولیت) کے لئے کیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 95)؛ لیکن چونکہ گردوں کا نقصان زیادہ متقلل نوعیت کا ہوتا ہے، اس لئے حمل کے ختم کرنے میں آہستہ آہستہ نہ ہونا چاہئے۔ البیومن یورک ریپی ٹائٹس (البیومن بولیت الہتہاب شکیبہ) کا آغاز اس امر کا داعیہ سمجھنا چاہئے کہ ایبارٹن (اسٹن) کا فوری انڈکشن (امالہ) یا سیرین سکیشن (شکاف فیضری) کر دیا جائے، کیونکہ اگر ذرا سی بھی تاخیر کی جائے تو بصارت کی منتقل کمی کا خطرہ زیادہ ہو جاتا ہے۔ مزمن الہتہاب گردہ کی ان اصابات میں جو بلڈ کیلشیم (blood-calcium) کی مقدار میں بہت بڑی تخفیف ظاہر کرتی ہیں، کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) درون دریدی طور پر دیا جاسکتا ہے۔

دورانِ حمل میں

پایا لائٹس = pyelitis) الہتہاب حوض) اور

پائلونفرائٹس = pyelo-nephritis) الہتہاب حوض و گرد

تعریف۔ زمانہ حال میں ان مریضوں کی طرف جن کے گردوں سے زمانہ حمل قارورہ میں پیپ آتی ہے، بہت زیادہ توجہ مبذول کی گئی ہے۔ زمانہ حال تک یہ کیفیت حمل کا نتیجہ سمجھی جاتی تھی، کیونکہ یہ دیکھا جاتا تھا کہ اگر حمل ختم کر دیا جائے تو علامات رو بہ اصلاح ہو جاتی ہیں، اور اس کیفیت کو موسوم کرنے کے لئے پایا لائٹس آف پرنکسنی (pyelitis of pregnancy) حمل کا الہتہاب حوض) کا نام استعمال کیا جاتا تھا۔ لیکن مماثل علامات بغیر حمل کے بھی واقع ہوتے ہیں، یہ مردوں میں مشاہدہ کئے گئے ہیں، اور نوعمر بچوں میں یہ بالکل عام مرض ہے۔

مزید براں نیا یا لائٹس (التهاب حوض) کے لفظ کا استعمال وسیع معنوں میں ہونا چاہئے، کیونکہ کبھی ضرورتاً ہمیشہ گردہ کے حوض تک محدود نہیں رہتے۔ جرم گردہ یوریترز (=ureters) میں (تائین) اور مثانہ بھی التهابی اعمال سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ چونکہ سرائتی عضویہ کثرت سے بیلس قولانی (=bacillus coli) عصیہ قولونی کے گردہ کا ہوتا ہے اس لئے بعض مؤلفین اس حالت کیلئے ”دوران حمل میں بیلس قولانی (عصیہ قولونی) سے سرائیت زدگی“ کی اصطلاح استعمال کرتے ہیں۔ لیکن اس اصطلاح کے استعمال پر یہ اعتراض وارد ہوتا ہے کہ وہ دوسرے عضویات کی سرائیت مستثنیٰ کر دیتا ہے حالانکہ حقیقت یہ ہے کہ بعض اوقات یہ بھی واقع ہوتی ہے۔ دوران حمل میں پائیا لائٹس (التهاب حوض) یا پالونفرائٹس (التهاب حوض و گردہ) کی اصطلاح اس قدر سہولت دہ ہے کہ ہمارا خیال ہے کہ یہاں اسی کو استعمال کیا جائے۔

ضرورت ہے کہ اس کا وضاحت سے تعین کر دیا جائے کہ اس اصطلاح سے کیا مراد ہے۔ اس اصطلاح کا اطلاق صرف ان امیابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں حمل سے قبل گردے تندرست رہے ہوں اور ان میں کوئی ثبوت مرض کا نہ پایا گیا ہو۔ چنانچہ جن کیفیات میں پائی یوریا (=pyuria) قبیح بولیت) پایا جاتا ہے جیسے یوٹرکس (تدرنی میں) یا رینل کیلکولائی (کلونی حصوات) وہ کیفیات اس تعریف میں شامل نہیں کی جاتیں۔ یہ مریض عموماً بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان واقع ہوتا ہے اور اول حمل کے دوران میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ علامات بالعموم حمل کے پانچویں اور چھٹے مہینوں میں ظاہر ہوتے ہیں لیکن کسی وقت بھی پیدا ہو سکتے ہیں اور بعض اوقات پیوریریہ (نفاس) کے زمانہ میں پیدا ہوتے ہیں۔

بیان کیا گیا ہے کہ ایک ہی حمل میں ۱۵ سے ۲۰ فی صدی واقعات میں ریسیپ سز (relapses) نکسات واقع ہوتے ہیں اور بعد کے حمل میں تقریباً ۱۰ فی صدی واقعات میں اس کے حملے دیکھے گئے ہیں۔

مرضی تشریح

پائلاٹس (التهاب حوض) میں مبتلا مریض بہت کم مرتے ہیں۔ لہذا خفیف امیابتوں کے

بعد الموت ضررات معلوم نہیں ہیں۔ مندرجہ ذیل بیان صرف شدید اصابتوں کے متعلق ہے۔

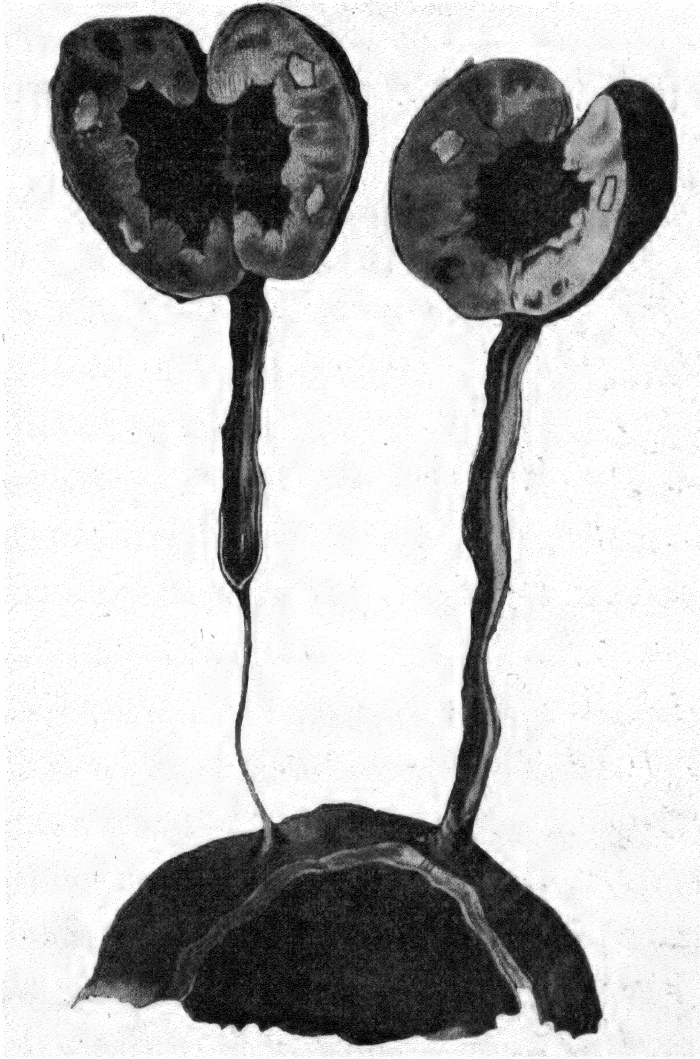
گردے۔ عموماً دوا ہنگر وہ متاثر ہوتا ہے۔ مندرجہ اصابتوں میں بے ۵۵ فی صدی جانب راست، ۳۵ فی صدی بائیں جانب، اور ۱۰ فی صدی دونوں جانب ہوتی ہیں۔

گردہ پھیکے رنگ کا اور معمول سے زیادہ نرم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ اپنے پیلوکس (حوض) کے تمدد کی وجہ سے، جو قریب قریب ہمیشہ واقع ہوتا ہے، بڑھا ہوا ہو۔ کئی ہوائی سطح پیلوکس (حوض) کا کچھ اتساع ظاہر کرتی ہے، جو کہ شرب شدہ، دبیز اور کھمر کھرا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات رینل کارکس (renal cortex = کلوی قشر) کے اندر چھوٹے چھوٹے خراجی کہنے پائے جاتے ہیں، جن میں گردے کے پیلوکس (حوض) کے مثل پیپ ہوتی ہے اور جس سے علقی عضویات بلا واسطہ حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ خرد بینی تراش جرم گردہ میں کوئی تغیر نہیں ظاہر کرتی، البتہ خراجی کہفوں کے خطوں میں چھوٹے خلیات در ریزی کرتے پائے جاتے ہیں۔

یورینرز (حالب)۔ ایک یا دونوں یورینرز (حالب) حقیقی پیلوکس (حوض) کی برم (گلر) کے نیچے عموماً طبعی ہوتے ہیں، اور برم (گلر) سے اوپر متع ہوتے ہیں۔ ان کی استر کرنے والی غشاء، دبیز اور اشراب شدہ ہوتی ہے۔ اتساع کی مقدار عموماً گوس قول (goose quill = ہنس کے پر کی قلم) کے اتساع سے زائد نہیں ہوتی، لیکن ایسے واقعات مشاہدہ کئے گئے ہیں کہ جن میں اتساع اتنا عظیم تھا کہ حالب ایک معاویہ کے ٹکڑے سے ملتا جلتا تھا۔ ممکن ہے کہ یورینر (حالب) ملفف ہو یا اس میں بعض جگہ بل پڑا ہوا ہو، اور ممکن ہے کہ یورینر (حالب) کے اور نواحی ساختوں کے مابین انفصالات موجود ہوں۔

۱۹۷ متشابه ممکن ہے کہ کوئی غیر طبعی کیفیت نہ ظاہر کرے۔ تاہم اصابتوں کی کچھ تعداد میں سٹائٹس (التهاب مثانہ) کے امارات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پایاٹائٹس (التهاب حوض) کے حملہ کا پیش رو ہو، یا یہ براہ راست پایاٹائٹس (التهاب حوض) (گردے)

کے نتیجے میں پیدا ہوا ہو۔



تصویر ۴۲۔ دہنے یورٹیر (عالب) کا ایک حصہ اور کل بائیں یورٹیر (عالب) متع
نظر آتے ہیں۔ گردے بڑھے ہوئے ہیں اور کارکس (قشرہ) کا ایک ٹکڑا ویز
نظر آتا ہے۔ بالعموم وایاں یورٹیر (عالب) بائیں کی نسبت زیادہ متاثر ہوتا ہے۔

امراضیات

یہ امر قابل مشاہدہ ہے کہ ان امراض میں یوریترز (حالبوں) اور پیلس آف می کڈنی (حوض گردہ) کا کچھ اتساع موجود ہوتا ہے۔ اس تنح حصہ میں بول کے جمع ہونے کا اور سرایت پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے لیکن یہ ہمیشہ ضروری نہیں ہوتا کہ بول کی بڑھ میں کچھ رکاوٹ ہی ہو تو سرایت واقع ہوتی ہے۔

جب ہم اس اتساع کے جوکہ عموماً موجود ہوتا ہے، سبب کی جستجو کرتے ہیں، تو یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ اُن عورتوں کے بعد الموتی معاشرہ پر بھی حمل کے موخر مہینوں میں مختلف اسباب سے فوت ہو چکی ہوں، بالعموم اسی قسم کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے اور یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ مذکورہ بالا اتساع بعض اوقات دو جانی ہوتا ہے، لیکن زیادہ عام طور پر ایک جانی اور جانب راست ہوتا ہے، یا جانب راست زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ ان امور کی توجہ غالباً یہ ہے کہ یہ اتساع خود حامل رحم کے میکانی دباؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ چنانچہ علامات تقریباً پانچویں یا چھٹے مہینے سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جب کہ رحم پیلوک کیوٹی (حوضی کھفہ) کو پر کر دیتا ہے۔ اگر اتساع کا سبب جنینی سر توڑا تو علامات حمل کے اختتام کے قریب سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جب کہ سب سے زیادہ دباؤ ڈالنے کے قابل ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ یوریترز (حالب) حقیقی پیلس (حوض) کی برم (لگر) سے اوپر اور اس کے نیچے دونوں جگہ نرم ساختوں پر پڑا ہوتا ہے، اور یہ کہ وہ ٹھیک اس جگہ سب سے زیادہ دباؤ کے زیر اثر ہوتا ہے جہاں وہ برم (لگر) کے اوپر سے گزرتا ہے۔ کتوں پر تجربات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ رکاوٹ پیدا کرنے کے لئے بہت کم دباؤ کی ضرورت ہوتی ہے، چنانچہ ۸ ملی میٹر یوریترز (حالب) پر ہ گرام وزن کے دباؤ نے ۲۰ گرام بول کے بہاؤ کو روک دیا۔

مزید برآں یہ اغلب ہے کہ دامن یوریترز (حالب) اس لئے زیادہ عام طور پر متاثر ہوتا ہے کہ رحم میں داہنی طرف جھکنے اور اپنے انتصابی محور پر بل کھانے کا میلان پایا جاتا ہے، اس سے رحم کی بائیں طرف سامنے کو ہو جاتی ہے اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ داہنی طرف کے یوریترز (حالب) میں بل بھی پڑتا ہے اور اس پر دباؤ بھی پڑتا ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ داہنا یورٹیر (حالب) بائیں یورٹیر (حالب) کی نسبت خط وسطی سے زیادہ دور بھی ہوتا ہے اس لئے سیکرل پر دمانٹری (sacral promontary) عجزی طنف) کا ابھار اس کی کم حفاظت کرتا ہے۔

تاہم بعض لوگ سمجھتے ہیں کہ ممکن ہے یورٹیر (حالب) کے اتساع کی وجہ دباؤ نہ ہو، بلکہ اس کی دیواروں کی بے نقشی ہو۔ اس نظریہ کی تائید جن مشاہدات سے ہوتی ہے وہ یہ ہیں کہ اتساع یورٹیر (حالب) کے کسی حصہ کو بھی متاثر کر سکتا ہے اور حقیقی پیلوس (عوض) کی برم (گھر) سے اوپر کے حصہ تک ہی محدود نہیں ہوتا یہ کہ اتساع اس لیول (level) سے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے، بلکہ نیچے اس جگہ تک پھیلا ہوا ہو سکتا ہے کہ جہاں یورٹیر (حالب) مشانہ کی دیوار میں منتہی ہوتا ہے۔

ساری عضویہ۔ اس حالت کا سبب تقریباً ہمیشہ بیلس قولانی (عصیہ قولونی) 199 کے گروہ کا ایک عضویہ ہوتا ہے۔ یہ عضویہ بذریعہ قاسا طیرنہ صرف مشانہ ہی سے حاصل کیا جا چکا ہے، بلکہ یورٹیرل کیتیرائزیشن (حالبی قاسا طیریت) کے ذریعہ سے بلا واسطہ طور پر گردوں سے بھی حاصل کیا گیا ہے، جبکہ مشانہ سے تلویٹ کا امکان خارج از بحث ہو جاتا ہے۔

یہ عضویہ بالعموم نالص کا ثرت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات یہ مثالی بیلس قولانی (عصیہ قولونی) کے حیاتی کیمیائی تعاملات پیش کرتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔

دیگر نوع کے عضویات کا واقع ہونا معلوم ہے جیسے بیلس پیراٹائیفوسس (streptobacillus paratyphosus = عصیہ تپ محرقہ نما) اسٹریپٹوکوکس (coccus = نقطہ سنجیدہ) اسٹیفائلوکوکس (staphylococcus = نقطہ عنبہ) اور گوکوکس (gonococcus = نقطہ سوزاکیہ)۔

ممرائیت کا راستہ۔ ممرائیت کے تین امکانات ہیں جن سے عضویات گردہ تک پہنچتے ہیں۔

- ۱۔ خون کے ذریعہ سے (ممرائیت نازلہ)۔
- ۲۔ بولی خطہ کے ذریعہ سے (ممرائیت صاعده)۔

۳۔ معانی عروق لمفیہ کے ذریعہ سے (براہ راست سرایت)۔

(۱) جوئے خون کے ذریعہ سے۔ سرایت کا یہ طریقہ نہایت اغلب الوقوع خیال کیا جاتا ہے۔ تندرستی کی حالت میں بھی یہ ممکن ہے کہ جسم میں چند آوارہ گرد عضویات موجود ہوں، جو کہ جوئے خون میں غالباً ٹانسلز (tonsils = لوزین) یا معانی خطہ کی راہ سے داخل ہوتے ہیں۔ یہ تندرستی کی حالت میں گردوں کے ذریعہ سے خارج ہوتے ہیں۔ اگر گردے ضرر رسیدہ حالت میں ہوں تو اس کا امکان ہے کہ یہ عضویات ضرر رسیدہ بافت میں اٹک جائیں۔ یورینری سسٹم (urinary system = بولی نظام) کا سسٹم کاٹھنہ دوران حمل میں موجود ہو سکتا ہے جیسا کہ یورینرز (حالبوں) اور رینل پیسلوینز (renal pelves = کلوی حوضوں) کے اتساع سے ظاہر ہوتا ہے اور اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ گردوں سے زائد کام طلب کیا جاتا ہے، کیونکہ ان پر ماں کے فاضل حاصلات کو ہی ہیں بلکہ جنین کے فاضل حاصلات کو بھی خارج کرنے کی ذمہ داری ہوتی ہے۔

یہ رائے تجرباتی ثبوت پر مبنی کی گئی ہے۔ خرگوش کے یورینرز (حالبوں) کو باندھ دیا گیا ہے اور اس کے کان کی وریدوں میں مبلس قولائی (عصبی قولونی) اور سٹرپٹوکاکائی (streptococci = بنفہ سجیہ) کا اثر اب کیا گیا ہے۔ اس سے ہر صورت میں پائلو نفرائٹس (التهاب حوض و گردہ) پیدا ہوا ہے اور علتی عضویہ دوبارہ حمل کیا گیا ہے۔ یوریتھرا (مبال) کو باندھنے کے بعد بھی مماثل نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

اس رائے کو مزید تقویت ان مشاہدات سے پہنچتی ہے کہ تقریباً ۲۰ فی صدی مثالوں میں حاملہ عورتوں کے پیشاب میں قولیفارم بیلائی (coliform bacilli = عصبات قولونی نما) ہوتے ہیں حالانکہ بولی سرائٹ کا کوئی ثبوت نہیں ہوتا۔ اس کے متعلق یہ استدلال کیا جاتا ہے کہ یہ عضویات گردوں کی راہ سے خارج ہوئے ہیں۔ بخلاف اس کے اکثر اوقات عضویہ خون میں نہیں پایا جاسکتا اور اس کی کاشت نہیں کی جاسکتی، خواہ خون کا معائنہ علامات کے حادث ہونے کے وقت ہی کیوں نہ کیا جائے۔ تاہم چند مشالیں ایسی ہیں جن میں عضویہ اس طریقہ سے حاصل کیا گیا ہے۔

(۲) بولی خطہ کے ذریعہ سے۔ اس نظریہ میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ عضویہ

مثلاً اور یورینرز (حالبوں) کے ممر کے ساتھ ساتھ گردوں کی طرف چڑھتا ہے۔ جو لوگ

اس رائے کو قبول کرتے ہیں وہ یہ بتاتے ہیں کہ مریضاؤں کی ایک بڑی تعداد میں یہ حملے کسی قسم کے شدید گیسٹرو ان ٹسٹل (gastro-intestinal = معدی معالی) انتشار کے بعد پائے جاتے ہیں اور یہ کہ زنانہ یوریتھرا (مبال) بوجہ اپنے تشریحی تعلقات کے خصوصیت سے ریکٹم (معدی مستقیم) سے لوث ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ اس قسم کی تلویت کا وقوع بہت اغلب نہیں، لیکن یہ حقیقت ہے کہ واقعات کی ایک معتد بہ تعداد میں پایا یا اس (التهاب حوض) سٹائٹس (cystitis = التهاب مثانہ) کے بعد ہوتا ہے۔ یہ امر قطعی طور پر ثابت کیا جا چکا ہے کہ خواہ سٹائٹس (التهاب مثانہ) کا کوئی سریری ثبوت نہ بھی ہو تو بھی مثانہ میں بیلس تولائی (عصبیہ تولونی) موجود ہو سکتا ہے۔

اس امر کو ایک تسلیم شدہ حقیقت سمجھنا چاہئے کہ مثانہ میں عضویات بیشتر اوقات موجود ہوتے ہیں۔ اب سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ کیا وہ گردوں تک چڑھ سکتے ہیں؟ یہ ثابت کرنے کے لئے شہادت موجود ہے کہ یوریٹرل آرفیس (uretral orifice = حاجی دہن) کے قدرتی مصراعی عمل کے باوجود عضویات گردوں تک چڑھ سکتے ہیں۔ یہ دکھایا جا چکا ہے کہ یوریٹر (حالب) کی غشا مخاطی کے نیچے عضویات آپرکوسفر کرتے ہیں۔ اگر خرگوش کا ایک یوریٹر (حالب) باندھ دیا جائے اور تو لیفارم بیلانی (تولونی مانعیات) مثانیں اثراب کئے جائیں تو خرگوش میں اسی جانب پائلونفرائٹس (التهاب حوض و گردہ) رونما ہوگا جس جانب یوریٹر (حالب) باندھا گیا تھا اور یوریٹر (حالب) کے عروق لمفیہ کے اندر بیلانی (عصیات) دیکھے جاسکتے ہیں۔

(۳) معالی عروق لمفیہ کے ذریعہ سے۔ یہ ممکن ہے کہ عضویہ معالی خط

سے براہ راست گردہ تک پہنچ جائے۔ گردے صاعد اور نازل قولون کے ساتھ قریبی تشریحی رشتہ رکھتے ہیں اور کلوی پیلوس (حوض) اور معاد کے ان حصوں کے مابین لمفی سلسلہ ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس طریقہ پر عضویات گردوں تک پہنچ سکیں۔ اس امکان کے قبض یا اسہال کس کثرت سے اس کا پیشرو ہوتے ہیں پہلے ذکر کیا جا چکا ہے۔ لیکن اگر صراحت کا یہ راستہ معمولی راستہ ہوتا تو یہ سمجھنا مشکل ہے کہ سٹریٹوکاکس فیکلیس (streptococcus faecalis = نبتہ سبجیہ برازی) جو معاد میں اس لیول پر اتنا عام طور سے موجود ہوتا ہے کیوں زیادہ اوقات علنی عضویہ نہیں ثابت ہوتا۔

یہ مضمون ابھی تاریکی میں ہے اور ابھی یہ فیصلہ کرنا ممکن نہیں کہ سرائیت کا راستہ کونسا ہے۔ اغلب یہ امر ہے کہ جن تین راستوں پر بحث ہو چکی ہے ان میں کسی ایک کے بھی ذریعہ سے سرائیت واقع ہو سکتی ہے۔

علامات

علامات دو شکلوں میں ظاہر ہوتی ہیں۔ حاد اور مزمن۔

(الف) - حاد شکل - مریضہ کو جو عموماً پرمی گریوئیڈ (اولین حاملہ) ہوتی ہے اور حمل کے تقریباً چھ مہینے میں ہوتی ہے دفعتاً درد شکم کا حاد حملہ ہوتا ہے جو ایک یا دونوں جانب اور عموماً داہنی جانب کے لمبر (lumbar = قطنی) یا الیک (iliac = حرقنی) خطہ میں محسوس ہوتا ہے۔ تپش دفعتاً تقریباً ۱۰۳ تا ۱۰۴ درجہ تک بڑھ جاتی ہے، ممکن ہے کہ اس کے ساتھ تشعیرہ ہو۔ رفتار نبض تیز ہوتی ہے اور اکثر اوقات کئی دن تک تقریباً ۱۲۰ فی منٹ رہتی ہے۔ مریضہ اکثر اوقات حد درجہ بیمار معلوم ہوتی ہے اور قبض یا شدید قے اور دست کی شکایت کرتی ہے۔ تاہم یہ مرض کی ایک خصوصیت ہے کہ تشعیرہ ختم ہونے کے بعد مریضہ کی شکل و صورت بہت بہتر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ شکم متدوا ہو، یہ بالخصوص ماؤف گردہ کے خطہ پر الیم ہوتا ہے اور ریکٹس (عضلہ مستقیمہ) کڑختا ہوتا ہے۔ ویسجائسل (مہلبلی) امتحان کرنے پر یورٹیر (حالب) کے زیرین حصہ میں کچھ الیمیت پائی جاتی ہے۔

(ب) - مزمن شکل - اس شکل میں اتنے اعلیٰ بازی علامات نہیں ہوتے اور اس کے آغاز کا طریقہ اختلاف پذیر ہے۔ ممکن ہے کہ علامات کا بتدریج آغاز اس طرح ہو کہ کلمندی اور ٹہرتا ہوا لمبر (lumbar = قطنی) درد ہو، یا سٹائٹس (التهاب مثانہ) اور مقام گردہ پر درد ہو، یا معدی و معالیٰ اختلالات ہوں، یا پلورسی (pleurisy = ذات الجنب) اور نیومونیا (pneumonia = ذات الریه) سمجھانے والی علامات ہوں۔ تپش ذرا سی مرتفع اور بیقاعدہ ہوتی ہے۔ جس کرنے پر گردہ الیم ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ بڑھا ہوا محسوس ہو۔ اکثر اوقات جب قادرہ میں پیپ آڈاوانہ طور پر خارج ہوتی ہے تو کلوی الیمیت جاتی رہتی ہے اور جب درد ایک لمبر (قطنی) خطہ سے

جاتا رہتا ہے تو بعد میں دوسری جانب درد رونما ہونے کا میلان ہوتا ہے بعض اصابتوں میں نہایت ہی خفیف حملہ ہوتا ہے، ممکن ہے کہ درد ہو لیکن کوئی دیگر علامت نہ ہو یا بغیر کسی ظاہری سبب کے مریضہ کو قشعریرے آئیں۔

بول۔ اصابتوں کی کچھ تعداد میں سابقہ سٹائٹس (التهاب مثانہ) کی شہادت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پیچیدگی بعد میں لاحق ہو جائے۔ پہلے تو قارورہ کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اس کی کثافت نوعی زیادہ ہوتی ہے۔ بعد میں غالباً اس وجہ سے کہ دوران علاج میں سیال کی بڑی مقدار دیکھائی دے، قارورہ کی مقدار بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ اگر قارورہ کا نمونہ قاساطیر کے ذریعہ نکالا جائے یا یوریل کٹھیر انریشن (حالی) قنطاریت کے ذریعہ سے براہ راست گردے سے حاصل کیا جائے اور اس کا معائنہ کیا جائے تو یہ گدلا پایا جاتا ہے اس میں پیپ اور گچھے دار چورہ ہوتا ہے اور اس کا تعامل تقریباً ہمیشہ ترشٹی ہوتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا ہوتا ہے کہ یہ بدبودار ہو۔ کاشت کرنے پر خالص تو لیفارم بیلنس (تولونی نمائندگی) حاصل ہوتا ہے۔ چورے میں ان عضویہ کی بڑی مقدار ربی جیسے سرطانی خلیات، چند دموی جیسے اور کچھ البیومن پایا جاتا ہے۔ خون۔ سفید خلیوں کا شمار اس سے زیادہ بڑھ جاتا ہے کہ جو معمولاً دوران حمل میں ہوتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں ۲۰,۰۰۰ سے ۳۰,۰۰۰ فی ملی میٹر کی حد تک لیوکوسائٹوسس (leucocytosis = کثرت خلیات ابیض) پایا جاتا ہے جس میں زیادہ تر پالی مارفونوکلیر سیلز (polymorphonuclear cells = کثیر الاشکال نواتی خلیا) ہوتے ہیں۔

خون کی کاشت کرنے پر عضویہ شاذ و نادر ہی حاصل ہوتا ہے، لیکن نہایت شدید اصابتوں کی فعلیل تعداد میں یہ خون سے حاصل کیا گیا ہے۔ بعض اوقات خون میں اگلوٹیننز (agglutinins = الزائینس) اور جرثومہ کش مادے موجود ہوتے ہیں اور بیشتر اوقات مریضہ کا مصل عضویوں کے جھنڈ بنانے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ممر اور پیچیدگیاں

اصابتوں کی اکثریت میں موزوں علاج کے تحت چند ہی روز میں اصلاح

شروع ہو جاتی ہے، درد جاتا رہتا ہے، تپش گر جاتی ہے، اور قارورہ میں پیپ کم ہو جاتی ہے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جب تمام علامات کلی طور پر بھی زائل ہو جاتے ہیں تو اس کے بعد بھی قارورہ میں خرد بینی عصبویات پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کئی مہینے یا سالوں تک موجود پائے جائیں۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ مریضوں میں ری لیپز (نکس) کا امکان کیوں پایا جاتا ہے۔

اصابتوں کی کچھ تعدادیں ممراتنا موافق نہیں ہوتا۔ ممکن ہے پایونفرسوس (pyonephrosis = تفتیح کلیہ و حوض) پیدا ہو، اور ایسی ہی اصابتوں کی اطلاع دی گئی ہو، جنہیں پایونفرسوس سٹن ہو جاتا ہے، اور ایک پیری نفرک ایبسس (peri-nephric abscess = گرد و کلیوی پھیوڑا) بن جاتا ہے، یا پریٹونٹیل کیوٹی (باریطونی کہفہ) کی سرائٹ عمومی واقع ہو جاتی ہے۔ کئی اصابتوں میں پلورل ایفیوژن (پلورائی انصباب) کی تکوین واقع ہوتی ہے اور پلورائی سیال سے بیلنس قمر لائی (عصبیہ قولونی) حاصل کیا گیا ہے۔ مندرجہ واقعات میں سے چند میں ملگنٹ اینڈوکارڈائٹس (malignant endocarditis = خبیث درون قلبی التهاب) لاحق ہوا ہے۔

انذار

مادری اموات کی تعداد کم ہے۔ جراحی تدابیر کے مقابلہ میں طبی علاج سے قریب قریب ہمیشہ اصلاح ہوتی ہے، اور اس امر کی ضرورت شاذ و نادر ہوتی ہے کہ یورین (حالب) پر دباؤ رفع کرنے کے لئے حمل کو ختم کر دیا جائے۔ قارورہ میں زیادہ پیپ کی موجودگی لازمی نہیں کہ خراب امارت ہو، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ اس امر کی دلیل ہو کہ پیپ آزادی سے نکل سکتی ہے۔ جب موت واقع ہوتی ہے تو اس کا سبب ٹاکسیمیا (تسم الدم)، یا سٹیسمیا (عفونت الدم) ہوتا ہے۔ بچہ کے لئے انذار ہرگز اتنا اچھا نہیں ہوتا، کیونکہ زیادہ شدید اصابتوں میں ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل واقع ہو سکتا ہے۔ بچہ عصبویہ سے سرائیت زدہ نہیں ہوتا۔

بعد حمل میں انذار کے متعلق یہ ہے کہ اگر دوسرے حمل کے آغاز سے قبل پشاب عقیم تھا تو بالعموم پایا لائٹس (التهاب حوض گردہ) نہیں ہوگا۔ لیکن اگر پشاب ہنوز

سراپیت، زدہ ہے، تو بسا اوقات ایک اشتداد واقع ہوگا جو بالعموم پہلے حملے سے کم شدید ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں متوالی حملوں میں سراپیت کثرت پاتی جاتی ہے اور خود بخود غائب ہو جاتی ہے۔ دوسری مثالوں میں سراپیت قائم رہتی ہے کہ بعض اصابتوں میں یوٹرل سٹریکچر (uretral stricture = حالیہ تضیق) ہیملیٹوریا (haematuria = دم بولیت) سکوین حصاۃً اور گاہے ایکسیدٹل ہیمریج (اتفانی نرف) اور یوریمیا (تسم بولی) پیدا کرتی ہے۔

تشخیص

تشخیص کا انحصار ان امور پر ہے۔ مرتفع تپش، بیلپوریا (عصبیہ بولیت)، پائیوریا (ریم بولیت)، درد شکم، اور مقام گردہ پر الیمیت کی موجودگی۔ جب دوران حمل میں کلویک الیمیت ہو تو ہمیشہ اس مرض کا خیال آنا چاہئے۔ گردہ کا امتحان کرتے وقت اس امر کا ملحظ رکھنا چاہئے کہ جب مریضہ ایک لیٹلی پر لیٹے تو ماؤف پہلو اوپر کو ہوتا کہ گردہ کے جس کو رحم مشکل نہ کر دے۔ قارورہ کے قاسا طیری معائنہ سے اس وقت جب کہ قولیفارم بیلانی (عصبات قولونی نما) کی موجودگی ثابت ہو جاتی ہے، مرض کا یقین ہو جاتا ہے اور یوٹرل کیٹھر انڈریشن (حالیہ تضایت) سے جبکہ عضویئے براہ راست گردوں سے حاصل کئے جاسکتے ہیں، اس یقین کو اور بھی تقویت حاصل ہوتی ہے۔ اس طریقہ تشخیص میں نقد یہ خطرہ ہے کہ ماؤف گردہ یا یوٹرل (حالب) کو نقصان نہ پہنچ جائے لہذا اگر سنا حادثا شش (الہتباب مثانہ) کا بھی ثبوت ہو تو اس کو امتحال نہیں کرنا چاہئے۔

مندرجہ ذیل سے تفریقی تشخیص کرنے کی ضرورت ہے۔

(۱) سٹائٹس (cystitis = الہتباب مثانہ)۔ گردے کے مقام پر الیمیت،

اور پیشاب کا ترشی ہونا، یہ پایا لائٹس (الہتباب حوض) کی خصوصیات ہیں۔ اگر مریضہ کو صرف سٹائٹس (الہتباب مثانہ) ہو تو اس کا پیشاب قلوئی ہوتا ہے، پیپ کی مقدار زیادہ ہوتی ہے اور درد صرف مثانہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ دونوں کیفیات بیک وقت موجود ہوں۔

(ب) حادثہ پر اس کا فوری آغاز ہونے اور درد کی شدت اور مقام کی وجہ سے

ایپنڈیسائٹس (appendicitis = التهاب زائیدہ) یا بلیری کا لک (صفراوی قولنج) کا دھوکہ لگ سکتا ہے۔ پایا لائٹس (التهاب حوض) میں الیک فوسا (iliac fossa = حفرہ حرقفی) میں ایسٹ اور شکمی کرخنگی پائی جاتی ہے۔ تب زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے اور اس کے ہمراہ قشر میرات ہوتے ہیں جو کہ ایپنڈیسائٹس (التهاب زائیدہ) میں شاذ ہوتے ہیں۔ زباً زیادہ صاف ہوتی ہے، فٹے، کم ہیلی ہوتی ہے، اور شکمی تمدد کم نمایاں ہوتا ہے۔ اگر پیشہ کا امتحان کرنے کا خیال رکھا جائے تو تفریق باسانی کی جاسکتی ہے۔

زیادہ مزمن قسم پر اس کے علامات مبہم ہونے کی وجہ سے کسی عمومی مرض مثلاً انفلوینزا (influenza) یا ٹائیفائیڈ فیور (تب محرقہ) کا دھوکہ لگ سکتا ہے۔

اگر درد شکم موجود ہو تو اس امر کا اطمینان کر لینا چاہئے کہ علامات پلورسی (pleurisy = ذات الجنب)، یا نیومونیا (pneumonia = ذات الریہ) کے سبب سے نہیں ہیں۔

بالخصوص حادہ اصابتوں میں اگر متاثرہ یوریتھ (جالب) عارضی طور پر مسدود ہو جائے اور غیر متاثرہ جانب سے صاف پیشاب آئے تو پایا لائٹس (التهاب حوض) کی تفریق ہی مشکل ہو جاتی ہے۔ ان اصابتوں میں پیشاب میں یکایک پیپ اور خرد عضویات کی بڑی مقداریں پائی جاتی ہیں۔ لہذا ضرورت ہے کہ تھوڑے تھوڑے وقفوں پر کسی ایک نمونے لئے جائیں، کیونکہ ایک ہی منفی کشف کو قطعی قرار نہیں دیا جاسکتا۔

علاج

مریض کو بستر پر آرام دینا چاہئے، تاکہ ملتہب ساختوں کو آرام ملے اور درد کو نکلین ہو۔ اگر دہنا گردہ متاثر ہوا ہو تو اسے چاہئے کہ بالخصوص غیر متاثرہ جانب لیٹے تاکہ اسے زیادہ آرام ملے اور اسے چاہئے کہ گھٹنوں کو سکیڑے رکھے تاکہ شکمی عضلات ڈھیلے ہو جائیں۔ گرم کمبیدات یا بلاڈونا پلاسٹر (belladonna plaster = لصقہ بیلاڈونا) الیم حطر پر رکھنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اگر دونوں گردے مبتلا ہوں تو پلنگ کی پانٹی اوپن کر دینی چاہئے، غذا خاص طور پر دودھ ہونا چاہئے، ملک پڈنگ (milk pudding = دودھ کی پڈنگ) روٹی اور دودھ اور کسٹارڈ (custard) کی اجازت دی جاسکتی ہے لیکن وہ

غذائہ دینا چاہئے جس میں پروٹین زیادہ ہوں، مبادا نقصان رسیدہ گردوں کو زائد کام کرنا پڑے۔

علاج کا ایک اہم جزو یہ ہے کہ سیال یعنی پانی، آتشجو، کانستریکسیکو اعلیٰ (Constresxeville) یا دانتھی واٹر (vichy water) کی بڑی بڑی مقداریں (مثلاً ۱۰ یا ۱۵ گنت) استعمال کرانی چاہئیں۔ سیال کی ضرورت گردوں کو دھو ڈالنے کے لئے اور کلیوی پسیلوس (حوض) کے اندر سے سب سرایتی مادہ بول میں بہا لیجانے کے لئے ہے۔ چونکہ بیلنس قولانی (عصیہ قولونی) قلوئی واسطہ میں نہیں پھلتا پھوٹتا، اس لئے بول کو سائٹریٹ آف پوٹاش (citrate of potash) کی بڑی خوراکوں سے قلوئی بنا دینا چاہئے۔

یا اس کی بجائے سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی بڑی خوراکیں (مثلاً ایک ڈرام ہر دو گھنٹہ کے بعد) دینی چاہئیں، یہاں تک کہ بول قلوئی ہو جائے۔

عام طور پر یہ پایا گیا ہے کہ جوہنی بول کا تفاعل قلوئی ہو جاتا ہے، مریضہ کا درد جاتا رہتا اور تیش طبعی ہو جاتی ہے لیکن بیلنس (عصیہ) اب بھی قارورہ میں پایا جاسکتا ہے۔ مصل اور جدرین۔ بیلنس قولانی (عصیہ قولونی) کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے، اور اس کا تجربہ کیا گیا ہے، مگر اب تک نتائج مایوس کن ثابت ہوئے ہیں، غالباً اس وجہ سے کہ بیلنس قولانی (عصیہ قولونی) ایک انٹی ٹاکسن (antitoxin = ضد سم) پیدا کرنے کے ناقابل ہے اور بیلنس قولانی (عصیہ قولونی) گردہ کے افراد کی امتیازی خصوصیات میں کافی اختلاف پایا جاتا ہے۔

جدرینی علاج کے سوال کے متعلق کوئی یقینی بات کہنا مشکل ہے۔ بلاشبہ بہت سی اصابتیں جدرینوں کے اتھال کے بعد فوری اور نمایاں بہتری ظاہر کرتی ہیں۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسی بہتری ان اصابتوں میں بھی واقع ہو سکتی ہے جن میں کوئی جدرین استعمال نہیں کی گئی۔ ایسی اصابت میں جس میں علامات مزمن ہو جانے کا میلان ظاہر کرتی ہیں جدرینوں کا یقیناً تجربہ کرنا چاہئے، اور اس میں شبہ نہیں ہو سکتا کہ ان کے استعمال کے بعد اکثر اوقات درد میں تخفیف واقع ہوتی ہے، اگرچہ بیلانی (bacilli = عصیات) ہنوز بول میں موجود ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں ابتدائی خوراک چھوٹی ہونی چاہئے، ۵ لاکھ بیلانی (عصیات) سے زیادہ نہ ہونی چاہئے، خفیف تر اور زیادہ مزمن اشکال میں

ابتدائی خوراک زیادہ بڑی مثلاً ایک کروڑ کی دینی چاہئے۔ جدرین کو ۵ دن کے وقفے سے اور بڑھتی ہوئی خوراکوں میں بار بار دیتے رہنا چاہئے، حتیٰ کہ ۱۰ کروڑ کی خوراک استعمال ہونے لگے۔ جدرین آٹو جینس (autogenous = خود زاد) ہونا چاہئے۔

کیٹوجینک (ketogenic = کیتوزا غذا)۔ اس طریقہ علاج کی بنیاد یہ تھی کہ ڈایابٹس (diabetes = ذیابیطس) اور ایسڈوسمز (ترشہ سمیت) کے مریضوں کا پشاب باسانی بیلنس تولائی (عصبیہ تولائی) سے سرایت زدہ نہیں ہوتا۔ مریض سے کیٹون باڈیز (کیتونی اجسام) کا اخراج کروانے کے لئے اس کو ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں شحم بمقدار کثیر ہو اور کاربوہائیڈریٹ ۲۵ گرام تک گھٹا دینے کی ضرورت ہے۔ شحم کھن اور بالائی کی صورت میں دی جاتی ہے۔ کھن بسا اوقات سبز ترکاریوں کے ساتھ، اور بالائی ذرا سے قہوہ کے ساتھ ملا کر دی جاتی ہے لیکن ہر شے جو کھائی جائے اسے شحم لینے کے لئے بطور قدر استعمال کرنا چاہئے۔ پشاب میں ایسٹون باڈیز (acetone bodies = ایسٹونی اجسام) پائے جاتے ہیں اور P_n گھٹ کر تقریباً ۵ ہو جاتا ہے۔ مثلی کا سدباب کرنے کے لئے ضروری ہے کہ غذا کا انتخاب کرنے میں ہنرمندی اور احتیاط سے کام لیا جائے، لیکن اگر مریض اس غذا کو جاری رکھے تو بسا اوقات بیلنس تولائی (عصبیہ تولائی) کی سرایت کی غیر العلاجی اسبابیں صحتیاب ہو جاتی ہیں۔

سرجیکل (surgical = جراحی)۔ بالعموم یہ طبی تدابیر کافی ہوتی ہیں اور ۱۰ دن سے لیکر ۱۵ دن کے اندر اس سے بھی کم میں مریض کی حالت بہتری ظاہر کرتی ہے۔ مگر جب کوئی بہتری نہ ہو اور پیش مرتفع اور رفتار نبض سرعہ رستی ہو یا جب یہ ثبوت ہو کہ پیپ گردہ سے نہیں بہہ سکتی، تو دیگر تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوگی۔ یہ امزگل واضح ہو جانا چاہئے کہ ان دیگر تدابیروں کی شاذ و نادر ضرورت پڑتی ہے اور ان کو صرف استثنائی اسبابوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے۔

گردہ سے پیپ کو آزادانہ طور پر خارج کرنے کے لئے سادہ ترین اور نہایت موثر طریقہ یہ ہے کہ حامل رحم پر یورٹیر (حالب) کا جو دباؤ پڑتا ہے اسے رفع کیا جائے۔ یہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ اغشیہ اور رحمی دیوار کے درمیان ایک بوجی (سمتہ) گھسا کر یا چھوٹی جامت کی ربر کی پٹی دخیل کر کے گل کو ختم کر دیا جائے۔ نتائج عموماً موافق ہوتے ہیں

اور بظاہر پایا لائٹس (الہتباب حوض) دوران پیور پریم (نفاس) میں رحم کی سرایت کے خطرہ کو زیادہ نہیں کرتا۔ اگر علامات حمل کے آخری ایام میں رونما ہوں تو وضع حمل کے اندکشن (امالہ) میں حتی الامکان تاخیر کرنا مناسب ہے تاکہ ایک زندہ بچہ حاصل ہو سکے۔ مصنوعی اختتام حمل کا مشورہ ہمیشہ نہ دینا چاہئے بالخصوص اگر مریضہ معمر اور پریمی گریوڈ (اولیں حاملہ) ہو اور آئندہ حمل کا امکان نہ ہو کیونکہ یہ علاج ہمیشہ کامیاب نہیں ہوتا۔

اگر علامات کی شدت جرم گردہ میں سرایت ظاہر کرتی ہو یا اگر اس بات مضمون ہو جاو احتیاج ہوئے کا کوئی میلان نہ ظاہر کرے تو دیگر تدابیر اختیار کرنے کی سفارش کی جاتی ہے۔ ان میں سے ایک تدبیر یہ ہے کہ رینل پیلوس (renal pelvis = کلوی حوض) میں سے بذریعہ ایک یوریتھل کیتھیٹر (urethral catheter = حالبی قناطیر) کے میلیت قائم کی جائے کیتھیٹر قناطیر کو اپنی جگہ پر پانچ یا سات دن تک رکھ چھوڑا جاتا ہے۔ دھارنا غیر ضروری ہے اور تالی از خطہ نہیں ہے۔ اس طریقہ میلیت کے متعلق اس کے حامی بڑے بڑے دعویٰ کرتے ہیں کہ یہ بالعموم کامیاب ہوتا ہے اور حمل سے مداخلت کی ضرورت نہیں رہتی۔

اگر پائیونفروسس (pyonephrosis = تقيح الكلبيہ والحوض) رونما ہو تو بہترین طریقہ نفرٹومی (nephrotomy = کلیہ شکافی کرنا) اور ایک یورینری فیسچولا (urinary fistula = بولی ناصور) بنانا ہے۔ نفریکٹومی (nephrectomy = گردہ براری) کا مشورہ نہیں دیا گیا۔ رہے کیونکہ ممکن ہے کہ دوسرا گردہ بھی پہلے سے سرایت میں مبتلا ہو یا بعد میں مرض زدہ ہو جائے۔ نفریکٹومی (گردہ براری) ان امیابوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جن میں گردہ کامل طور پر بے تعضیہ اور بے کار ہو جائے یا ناصور قائم رہے۔

پایا لائٹس (الہتباب حوض) پیور پریم (نفاس) کے دوران میں۔ حال میں اس امر کی طرف توجہ مبذول کی گئی ہے کہ پیور پریم کے دوران میں پایا لائٹس (الہتباب حوض) واقع ہو سکتا ہے۔ بالعموم علامات کا آغاز تاخیر سے ہوتا ہے اور اکثر اوقات ان کے ہمراہ قشر پر پائے جاتے ہیں۔ یہ امر شاذ نہیں کہ ایسا امیابوں پر پیور پرل سٹی میمیا (نفاسی عفونت الدم) یا اپنڈیسائٹس (appendicitis = الہتباب زائدہ) کا مغالطہ ہو۔ اس غلطی سے بچنے کے لئے یہ احتیاط ضروری ہے کہ ایسی میت معلوم کرنے کے لئے کلوی خطہ کا معائنہ کیا جائے اور قولیفارم بیلس (عصبی قولون نما) کے لئے فارورہ کا امتحان کیا جائے۔

باب بست وکیم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (بستہ سابق)

قلبی مرض اور حمل

اس مضمون پر بحث شروع کرنے سے قبل یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہے کہ حمل طبعی قلب پر اگر کچھ اثرات ڈالتا ہے تو وہ اثرات کیا ہیں۔

تازہ تحقیقات کے نتیجے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ دوران حمل میں قلبی عضلات بہت کم بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے ممکن ہے کہ قلبی فعل میں اتھری واقع ہو۔ چنانچہ یہ بتایا گیا ہے کہ قلب کی رفتار اور توازن میں تغیرات ہو سکتے ہیں اور قلب کی دائیں جانب کا اتساع اور گردن کی وریدوں میں نبضان ہو سکتا ہے۔ یہ کیفیتیں غیر طبعی ہیں اور اگر حاملہ عورت ویلولر (valvular = مصرعی) ضرر میں مبتلا ہو تو ان کے زیادہ نمایاں ہونے کا امکان ہے۔

ایکیوٹ اینڈوکارڈائٹس (acute endocarditis = حاد التهاب درون قلبیہ)۔ یہ حمل کی ایک اتفاقی پیچیدگی کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ یہ حالت خطرناک تو ہر صورت میں ہوتی ہے لیکن حمل میں زیادہ خطرناک ہوتی ہے کیونکہ معلوم ہوا ہے کہ علوی عضو یہ جنین تک پہنچ کر رحم کے اندر ہی اس کی موت واقع کر دیتا ہے۔

مزمن ویلولر (مصرعی) مرض۔ اکثر اوقات ان مریضوں میں حمل واقع

ہو جاتا ہے جن میں قلبی ضررات موجود ہوتے ہیں۔ ۹۶ واقعات کے ایک جمع کردہ سلسلہ میں سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ مائٹل ویلو (mitral valve = طبقی مصراع) ماؤف تھا۔ مائٹل ان سفٹنسی (mitral insufficiency = طبقی عدم کفایت) خواہ اس میں سٹینوسس (stenosis = ضیق) ہو یا نہ ہو اس سے بہت زیادہ عام ہے کہ جتنا عام سٹینوسس (ضیق) ہے۔ اصل اعداد حسب ذیل تھے :-

مائٹل ان سفٹنسی (mitral insufficiency = طبقی عدم کفایت)	۳۷	واقعات
مائٹل سٹینوسس (mitral stenosis = طبقی ضیق)	۵	
مخلوط مائٹل (mitral) = طبقی ضررات	۳۴	
ایئرٹک سٹینوسس (aortic stenosis = اورٹی ضیق)	۳	
ایئرٹک (اورٹی) اور مائٹل (طبقی) ضررات	۱۰	
مشکوک ضررات	۵	
مایوکارڈائٹس (myocarditis = التهاب عضلہ قلب)	۲	

ان اصابتوں میں سے صرف ۱/۲ میں قلبی مظاہر پائے گئے۔

حل کے اثرات قلبی مرض پر

208

جب تک کہ کامپن سیشن (compensation = تعویض) موجود ہی انداز اچھا ہوتا ہے، لیکن بالخصوص حل کے متاخر مہینوں میں کامپن سیشن (تعویض) بگڑ جانے کا احتمال ہے۔ عموماً یہ کہا جاتا ہے کہ نہایت خطرناک اصابتیں وہ ہیں جن میں مائٹل سٹینوسس (طبقی ضیق) موجود ہو، خواہ اس کے ساتھ دیگر ضررات ہوں یا نہ ہوں۔ بعض مصنفین کا یہ خیال ہے کہ ان اصابتوں میں حل کا خطرہ اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ شادی منع کر دینی چاہئے، یا اگر شادی ہو تو مریضوں کو وقوع حل روکنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ڈاکٹر کا فرض شادی سے منع کرنا نہیں ہے۔ اس کو چاہئے کہ وہ مریضہ کو واقعات اور خطرات سمجھا دے اور اگر مریضہ خواہش کرے تو ان امور کو اس کے رشتہ داروں اور اس کے ہونے والے شوہر پر واضح کر دے۔ اس تصریح کے بعد اس کی ذمہ داری ختم ہو جاتی ہے۔

یہ ان کا کام ہے کہ فیصلہ کریں۔ علاوہ ازیں واقعات اس رائے کو حق بجانب ثابت نہیں کرتے کہ یہ ضررات حمل کے لئے خصوصیت کے ساتھ پرخطر ہیں۔ گوائز اسپٹل (Guy's hospital) میں علاج کردہ تین سو عورتوں کے ایک سلسلہ کا تجزیہ کیا گیا اور یہ پایا گیا کہ ۱۳۵ مریضوں میں ۶۸ زچکیاں ہوئیں، بغیر اس کے کہ ان کی کاہن سیشن (تولید) میں خرابی واقع ہو، بلکہ ایک عورت کا میاں کے ساتھ، حمل سے عہدہ برا ہو گئی۔ کاہن سیشن (تولید) کی خرابی صرف ۸ فی صدی مریضوں میں ان کے پہلے حمل میں واقع ہوئی اور ان مریضوں سے جو حمل سے عہدہ برا ہوئیں صرف ۵ فی صدی صورتوں میں واقع ہوئی۔ اگر کاہن سیشن (تولید) خراب ہو جائے اور مناسب علاج کرنے کے باوجود حالت میں کوئی بہتری نہ پیدا ہو تو مریضہ اس وقت سخت خطرہ میں ہوتی ہے۔ کاہن سیشن (تولید) حمل کے ابتدائی زمانہ میں بھی خراب ہو سکتی ہے، مگر حمل کے متاخر مہینوں میں یا وضع حمل کے دوران میں یا وضع حمل کے ذرا دیر بعد اس کے خراب ہونے کا زیادہ امکان ہے۔

ایسی صورتوں میں ممکن ہے کہ مریضہ دفعتاً فوت ہو جائے۔ اس میں مختلف سرمدی حالتیں موجود ہو سکتی ہیں۔

(الف) ممکن ہے کہ ہارٹ فیلچور (heart failure = فشل قلب) کی وجہ سے ہو کہ شریانی دباؤ کا ارتقاع واقع ہو کر دہنی جانب عظیم اتساع پیدا ہو جائے۔ اس کے واقع ہونے کا امکان حمل کے متاخر مہینوں میں یا وضع حمل کے دوران میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ خونی دباؤ جو کہ انقباضات رحم پر منحصر ہوتا ہے بڑھ جاتا ہے۔ یا (ب) ہارٹ فیلچور (فشل قلب) ممکن ہے کہ بچہ پیدا ہونے کے فوراً بعد ہو جائے جس کی وجہ سابق بار اور خونی دباؤ میں کمی واقع ہو جانا ہے۔

خواہ مریضہ فوت نہ بھی ہو تاہم اسکی حالت قلب کو زائد نقصان پہنچ جانے کی وجہ سے خطرناک ہو جاتی ہے۔

قلبی مرض کے اثرات حمل پر

اکثر ابتدائی مہینوں میں بیقاعدہ ہیمریجز (نزفات) ہوتے ہیں۔ ایسا کیشن

(استقاط) اور پیش از میعاد وضع حمل واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ نتائج ان تغیرات سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں جو کہ پلیمینٹا (مشیمہ) میں ساتھ پائے جاتے ہیں۔ بعض صورتوں میں پوست پارتھم ہیمنزج (بعد الولادت نف) ہوتا ہے۔

209

علاج

اس مریضہ کو جو مہلک و بلیہ لر (مصر اعی) مرض میں مبتلا ہے، محتاط مشاہدہ میں رکھنا چاہئے، اور اسے قلبی بار سے بچانا چاہئے، اور جب تک کہ کامین سیشن (تعویش) بگرنے کی شہادت نہ ہو، اس وقت تک حل کو قائم رہنے دیا جاسکتا ہے۔

کامین سیشن (تعویش) کے خفیف بگاڑ کے امارات جیسے تہیج، المیومن یوریا (المیومن بولیت)، قلبی اتساع، اور نبض کی بیقاعدگیوں کا یہ علاج ہے کہ مریضہ کو بستری پر رکھا جائے۔ آرام علاج کا اہم نکتہ ہے اور اس میں امداد کرنے کے لئے قلبی مقویات جیسے ڈیجیٹلس (digitalis) یا اسٹروفینٹس (strophanthus) کی چھوٹی خوراکیں، اور ملین ادویہ دینی چاہئیں، اور غذا احتیاط سے دینی چاہئے تاکہ معدی معالی تمدد نہ ہو۔ عموماً ان تدابیر سے علامات غائب ہو جاتے ہیں، اور کامین سیشن (تعویش) میں اصلاح ہو جاتی ہے۔

لیکن اگر کامین سیشن (تعویش) کی خرابی زیادہ خطرناک ہو جائے جیسا کہ قلب کے بڑھتے ہوئے اتساع، اور نبض کی بیقاعدگی سے اور اس کے ساتھ ڈزینیا (dyspnoea = بہر) سایانوسس (cyanosis = زراق)، پلیمیریڈیا (pulmonary oedema = رگوئی ہیج) نفیس الدم باہمیٹیسس (haematemesis = قے الدم) سے ثابت ہوتا ہے تو حل کو اس طریقہ پر ختم کر دینا چاہئے کہ قلبی عضلہ پر حتی الامکان کم از کم بار پڑے۔

مگر یہ اچھی طرح یاد رکھنا چاہئے کہ حل کے مصنوعی اختتام کی مشافہی ضرورت پڑتی ہے۔ اگر مریضہ کو پورے دن کے قریب دیکھا گیا ہے تو مداخلت نہ کرنی چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ مداخلت اس سے زیادہ نقصان پر نتیجہ ہو کہ جتنا حل کو قائم رکھنے پر ہو سکتا ہے۔ ہمیشہ یہ کوشش کرنی چاہئے کہ مریضہ کی حالت میں بہتری پیدا ہو، اور اگر بہتری پیدا ہو جائے تو پھر کوئی جائز وجہ نہیں ہے کہ وضع حمل کا ان ڈکشن (امالہ) کیا جائے۔ وضع حمل کا

وقت آنے سے پہلے مریضہ کو دو ہفتے تک آرام کروانا چاہئے۔ حمل صرف انہیں صورتوں میں ختم کرنا چاہئے جن میں حمل کے ابتدائی زمانہ میں کامپنیشن (تعویش) کی نمایاں خرابی واقع ہوتی ہے۔

وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں مریضہ کو چلنا پھرنا نہ چاہئے، بلکہ تکیہ لگا کر یا لیٹے ہوئے آرام کرنا چاہئے۔ بعض اصاباتوں میں جبکہ رحم بہت زیادہ متمدد ہو اور ڈایا فرام پر غیر معمولی دباؤ پڑ رہا ہو تو تکلیف رفع کرنے کے لئے اغشیہ کو مصنوعی طور پر شق کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے مرحلہ کو لیٹی ہوئی حالت میں انجام دینا چاہئے، مریضہ جت لیٹی ہو اور کندھے اوپرچے ہوں، وہ بائیں جانبی وضع میں نہ ہو۔ مقصود یہ ہونا چاہئے کہ دوسرا مرحلہ جہاں تک ممکن ہو مختصر ہو، تاکہ قلبی عضلہ پر وہ بار نہ پڑے جو کہ طاقتور عضلی انقباضات سے پیدا ہوتا ہے، اور خواہ کچھ بھی ہو بچہ جننے میں زور نہ لگانا چاہئے۔ اس مقصود کو حاصل کرنے کے لئے مریضہ کو عذیم الحس کیا جاتا ہے اور بچہ فارسیپز (forceps = کلاب) کے ذریعہ نکال لیا جاتا ہے۔ قلبی عضلہ پر کلوروفارم (chloroform) کے انخفافی عمل کی وجہ سے اس کا استعمال کرنا بہتر ہے، اور اس کے بجائے ایٹھر (ether) استعمال کرنا چاہئے۔

210

وضع حمل کے بعد یہ خیال رکھنا چاہئے کہ پوسٹ پارٹم (بعد الولادت) بہبوط نہ ہونے دیا جائے۔ شکم پر ایک ریت کی پھیلی یا کسا ہوا شکم بند باندھا جاسکتا ہے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ریٹم (معا، متعیم) کی راہ سے سیلان (نکین) محلول دینا چاہئے۔

ان مریضوں کا جن میں کامپنیشن (تعویش) کی شدید خرابی ہو، سیسٹرین سیکشن (شکاف قیصری) کے ذریعہ کامیابی کے ساتھ علاج کیا جاسکتا ہے۔ یہ کیس اور آکسیجن یا سپائل این ایسٹھیا (spinal anaesthesia = شوکی عدم حیات) کے تحت انجام دینا چاہئے، اور ساتھ ہی فالوپی انبوہوں کا امتیصال کر کے تعقیم بھی کر دینی چاہئے۔

تجربہ تو یہ پایا گیا ہے کہ اگر قلبی مرض کی مریضوں کو حمل کے آخری چند ہفتوں میں بستر پر لٹائے رکھا جائے، تو وہ توقع سے زیادہ وضع حمل کے بار کی متحمل ہو سکتی ہیں۔

ڈکٹ لیس گلیٹڈز (بے قناتی غدود) اور حمل

تھائرائیڈ (thyroid = غدودِ درقیہ) اور اکیس آف تھیملک گائٹر (exophthalmic goitre = جھونپلی گھینگا) دورانِ حمل میں تھائرائیڈ (غدودِ درقیہ) میں عموماً ایک خفیف اور بعض اوقات معتد بہ کلانی واقع ہوتی ہے اور جب حمل تکمیل کو پہنچ جاتا ہے تو تھائرائیڈ (غدودِ درقیہ) اپنی معمولی جسامت پر آ جاتا ہے۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اگر گائٹر (گھینگے) کی موجودگی کی وجہ سے تھائرائیڈ (غدودِ درقیہ) پہلے ہی سے کلانی یافتہ ہو، تو حمل بعض مثالوں میں سلمہ کی جسامت میں سر میں زیادتی کا باعث ہوتا ہے اور ایسے واقعات مندرج ہو چکے ہیں جن میں ایک گائٹر (گھینگا) جو قبلِ حمل آہستہ آہستہ بڑھ رہا تھا اس سرعت سے اور اس حد تک کلانی یافتہ ہوا کہ ٹریکیٹومی (tracheotomy = قصبہ شکافی) ضروری ہو گئی۔

اس پریشانہ میں کہ استقرارِ حمل کا اکیس آف تھیملک گائٹر (جھونپلی گھینگے) پر نمایاں اثر ہوتا ہے بعض لوگ استقرارِ حمل کو اکیس آف تھیملک گائٹر (جھونپلی گھینگے) کی پیدائش کا ایک سبب گردانتے ہیں یہ مشتبہ ہے کہ آیا ایسا ہے کہ نہیں لیکن یہ یقینی امر ہے کہ اگر یہ مرض پہلے ہی سے موجود ہو، تو علامات میں اضافہ ہو جاتا ہے اور حمل کے اختتام کے بعد ان میں تخفیف ہونے کا میلان پایا جاتا ہے۔ بہر کیف اس کا اثر اختلاف پذیر ہوتا ہے اور بعض مثالوں میں حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ ایکلمپیا (انشجاج) کی قسب میں ایک جُسزو تھائرائیڈان سُفٹنسی (thyroid insufficiency = درقی عدم کفایت) سمجھا جاتا ہے اور ممکن ہے حمل میں جو تھائرائیڈ (درقی) کلانی واقع ہوتی ہے، وہ حفاظتی مقصد رکھتی ہو۔

یہ امر کہ یہ مرض موزوں بھی ہو سکتا ہے صاف طور پر تسلیم کیا جا چکا ہے۔ ایک واقعہ کا ذکر کیا گیا ہے جس میں یہ مرض بچہ میں پیدائش کے وقت موجود تھا، بچہ میں کلانی یافتہ تھائرائیڈ (درقیہ) تھا، باہر نکلے ہوئے آبی بالرز (مقلات العین) تھے اور ضرباتِ قلب شمار نہیں کی جاسکتی تھیں۔ یہ بچہ چند دن کے اندر فوت ہو گیا۔ دیگر واقعات مشاہدہ کئے گئے ہیں جن میں علامات موجود تھیں لیکن بہت زیادہ خفیف درجہ میں ان واقعات میں اس وجہ کے اندر علامات تمام وکمال جاتے رہے۔ ایسے مریضوں میں چھاتی سے دودھ پلانا ممنوع

نہیں معلوم ہوتا۔

پیشوٹری باڈی (pituitary body = جسم نخامیہ) - ایسے واقعات بیان کئے گئے ہیں جن میں حاملہ عورتوں میں پیشوٹری (غده نخامیہ) کی کلائی کا ثبوت ملا ہے۔ غده کا مقدمی حصہ خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اس کی فعالیت بڑھ جاتی ہے اور اس کا ہارمون (hormone) پیشاب میں پایا جاتا ہے۔ زائڈک ایشیم (Zondek-Asscheim) کا پرولان (Prolan A) کے لئے جو کاشف کچھ اسی مشابہہ پر مبنی ہے۔ دوران حمل میں ایکروگیلی (acromegaly = غصرتیت) مشاہدہ کی گئی ہے اور گلاکوس یوریا (glycosuria = شکر بولیت) کی موجودگی پر جو اکثر انا کلائی یافتہ پیشوٹری (غده نخامیہ) جسم کے ساتھ پایا جاتا ہے، ڈایابیز (ذیابیس) کی فصل میں بحث کی گئی ہے۔

ڈایابیز (ذیابیس) اور حمل

حاملہ عورتوں کے قارورہ میں شکر کی موجودگی کی اہمیت نہ صرف اس امر پر منحصر ہے کہ شکر کی مقدار کیا ہے، بلکہ اس پر بھی منحصر ہے کہ شکر کی قسم کیا ہے۔ یہ پیچیدگی ایک عام پیچیدگی ہے، اور اس کی اہمیت اتنی خطرناک نہیں کہ جتنی گزشتہ زمانہ میں خطرناک بیان کی جاتی تھی۔ حمل میں حقیقی ڈایابیز میلاس (diabetes mellitus = شکر ذیابیس) کی اصابتیں نادر الوقوع ہیں۔ بیشتر صورتوں میں شکر کی قسم لیکٹوز (lactose) ہوتی ہے، جو کہ کوئی سریری اہمیت نہیں رکھتی، اور صرف عارضی مدت کی ہوتی ہے۔

لیکٹوز (lactose) حمل کے متاخر مہینوں میں لیکٹوز (lactose) کا شائبہ پایا جاسکتا ہے، اور گمان غالب ہے کہ یہ ایک پیش از وقت پستانی فعالیت ظاہر کرتا ہے۔ پیوریریم (نفاس) کے دوران میں قارورہ میں لیکٹوز یوریا (lactosuria = لیکٹوز بولیت) ایک کثیر الوقوع امر ہے، اور تقریباً تیسرے یا چوتھے دن جبکہ پستان بھرے ہوئے ہوتے ہیں، خصوصیت سے نمایاں ہوتا ہے۔ جب پستان متمدد نہیں ہوتے، تو لیکٹوز غائب ہو جاتا ہے، لیکن اگر پستان دوبارہ بھر جائیں یا اگر کسی سبب سے

رضاعت و فتنار و ک دی جائے، تو لیکٹوز بوزیا (لیکٹوز بولیت) از سر نو پیدا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی شکر پستانوں کے اندر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک حاملہ کتیا میں جس کے پستانوں کا بتر کر دیا گیا، قارورہ میں کوئی لیکٹوز (lactose) نہیں پایا گیا، لیکن ڈیکسٹروز (dextrose) معتد بہ مقدار میں موجود تھا۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان گلوکوز (glucose) کو لیکٹوز (lactose) میں تبدیل کرنے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ایسٹ (yeast = لہن) لیکٹوز میں تخمیر نہیں پیدا کرتا۔ لیکٹوز کو فینائل ہائڈرازین (phenyl-hydrazine) اور پوٹاشیم اسیٹ (potassium acetate) کے ساتھ جوش دے کر اوسازون (osazone) کی قلمیں حاصل کرنا دشوار ہوتا ہے۔ قلمیں، جب اس طرح حاصل بھی ہو جاتی ہیں تو گلوکوسازون (glucosazone) کی قلموں سے مختلف ہوتی ہیں۔

لیکٹوز (lactose) کی موجودگی کوئی مرضیاتی اہمیت نہیں رکھتی اور جب رضا ختم ہوتی ہے تو یہ غائب ہو جاتی ہے، اور اس کے لئے کوئی علاج نہیں درکار ہوتا۔ لیوولوز (laevulose) - بقول کیمج (Cambridge) شکر کی یہ قسم ۲۵ فیصدی مادہ عورہ کے قارورہ میں پائی جاتی ہے۔ جن کیفیتوں میں یہ موجود ہوتا ہو وہ کوئی معلوم سریری اہمیت نہیں رکھتی، لیکن اگر بزرگ خطرناک طور پر نقصان رسیدہ ہو جیسے ایکیوٹ یلو اٹرونی (acute yellow atrophy = حاد ذبول اصفر) میں تو بھی یہ موجود ہوتا ہے۔ اس لئے اگر دوران حمل میں لیوولوز (laevulose) پایا جائے تو شدید نقصان بزرگ کو خارج از بحث کرنے کے لئے زچہ کے محتاط امتحان کی ضرورت ہے، لیکن اگر اس کا کوئی ثبوت نہ حاصل ہو سکے تو شکر کو نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔

لیوولوز فہلنگ (Fehling) اور بینڈکٹ (Benedict) کے محلولوں کی تیج کر سکتا ہے۔ ایسٹ (لہن) سے اس کی تخمیر ہوتی ہے اور اس سے اوسازون (osazone) کی قلمیں پیدا ہوتی ہیں جو بالکل ڈیکسٹروسازون (dextrosazone) کے مماثل ہوتی ہیں۔ اس کا مابہ الامتیاز یہ ہے کہ یہ مقطب روشنی کو بائیں طرف گھماتا ہے۔

ڈیکسٹروز (dextrose) - شکر کی یہ قسم صرف حقیقی ڈایا بیٹیز میٹائس (ڈیابیطس شکر) میں ہی نہیں، بلکہ بعض دیگر حالتوں جیسے رینل گلائکوزیوریا (= glycosuria)

گلوئی شکر بولیت، اور شوگر ٹائڈس (sugar tolerance = تحمل شکر) کی عارضی تخفیف میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ حمل کے اُن واقعات میں بھی موجود ہوتا ہے کہ جن میں اکیس ٹھنڈک گائٹر (جنوٹنی ٹیٹنگ) کی اور پشوٹری (غدہ سخامیہ) کے مرض کی پیچیدگی پائی جاتی ہے۔

رینل گلائیکوزیوریا (renal glycosuria) = گلوئی شکر بولیت

بلڈ شوگر کانٹنٹ (blood sugar content = دموئی شکر مافیہا) طبعی حالات میں خون کے فی صد مکعب سنٹی میٹر میں ۹۰ تا ۱۲۰ گرام ہوتا ہے۔ جب یہ خون کہ جس میں شکر کا اتنی مقدار ہوتی ہے، گردوں میں پہنچتا ہے، تو ایسی پختلیم (سرحدہ) طبعی حالات میں اس شکر کو نکلنے نہیں دیتا۔ رینل گلائیکوزیوریا (گلوئی شکر بولیت) میں رینل تھریشلڈ (renal threshold = گلوئی دہلیز) طبعی سے پست تر ہوتا ہے، اور شکر باہر نکل جاتی ہے بغیر اسکے کہ خون کے اندر شکر کی مقدار میں کوئی اضافہ ہو یا شوگر ٹائڈس (شکر بولیت) میں کوئی تخفیف ہو۔ گویا رینل گلائیکوزیوریا (گلوئی شکر بولیت) میں گردے سے شکر اس طرح رس جاتی ہے جیسے کہ کسی جھلنی میں سے۔

بیان کیا جاتا ہے کہ یہ مرض آبادی کے ۱۰ سے ۱۵ فی صدی حصہ میں واقع ہوتا ہے، عموماً اتفاقیہ طور سے دریافت ہو جاتا ہے، اس کے ہمراہ ڈایابٹس میلٹس (شکر بولیت) کے کوئی علامات نہیں ہوتے، اور اس کو خلقی اصل کا خیال کیا جاتا ہے۔

اب ہمیں بہت سے اندراجات میسر ہیں جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ان مریضوں نے جن کو اس قسم کا گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) سالہا سال تک رہا، بچے جنے ہیں اور کوئی نقصان رساں نتائج نہیں پیدا ہوئے۔ اکثر اوقات اُن کے بچوں کو اسی قسم کا گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) ہوتا ہے۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ دوران حمل میں رینل تھریشلڈ (گلوئی دہلیز) پست ہو جاتا ہے، اور اسکی گہ رینل گلائیکوزیوریا (گلوئی شکر بولیت) کی ابتدا دوران حمل میں ہو سکتی ہے۔

اس مرض کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ مریضہ کو اس کی معمولی غذا کی اجازت دینا چاہئے۔ ایسی مریضاؤں میں کاربوہائیڈریٹس (carbohydrates) کاروکنڈا مائٹس ہے، کیونکہ مریضاؤں کا تھیریشولڈ (دہلیز) پست ہونے کی وجہ سے ممکن ہے کہ خون خطرناک حد تک شکر سے خالی ہو جائے۔ اگر خون کی شکر کو اس تک کم ہونے دیا جائے کہ ہر سو گلب سٹی میٹرون میں ۴۰ و. شکر رہ جائے، تو قوما پیدا ہو جاتا ہے۔

شوگرٹا رینس (شکر کے تحمل) میں عارضی تخفیف

بعض مصنفین نے گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) کی اس قسم کو *alimentary* = غذائی کے نام سے بیان کیا ہے۔ مریضہ کا شوگرٹا رینس (شکری تحمل) کمتر ہوتا ہے۔ ایک تندرست شخص میں کاربوہائیڈریٹس (carbohydrates) کے لئے بہت ٹالرائیشن (toleration = تحمل) ہوتا ہے، اور طبعی فرد میں بلڈ شوگر (blood-sugar = موی شکر) کو شکر کھانے سے اتنا زیادہ نہیں کیا جاسکتا کہ شکر پیشاب میں آنکے۔ اب یہ مسلم ہو چکا ہے کہ دوران حمل میں مادری میٹابولزم (metabolism = تحول) بہت زیادہ تبدیل ہو جاتا ہے اور اس تغیر کا ایک مظہر یہ ہوتا ہے کہ کاربوہائیڈریٹس (carbohydrate) کی اتنی مقدار کا استحصال نہیں ہوتا کہ مٹائی مقدار کا غیر حاملہ عورت میں ہو جاتا ہے۔

213

ایسی مریضاؤں میں شکر کی زیادہ مقدار نہیں خارج ہوتی، یہ مقدار عموماً دن بھر میں ۱۰ سے ۵۰ گرام تک ہوتی ہے۔

رینل گلائیکوزیوریا (کلوی شکر بولیت) سے تشخیص کرنے کے لئے مریضہ کو ۵۰ تا ۲۵۰ گرام ڈکسٹروز (dextrose) کھلا کر بعد بلڈ شوگر (موی شکر) کی نمونہ کی جاتی ہے۔ یہ امر کہ بلڈ شوگر (موی شکر) کس درجہ تک بڑھ گیا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ شوگرٹا رینس (شکری تحمل) میں کس درجہ تک تخفیف ہو گئی ہے۔

شوگرٹا رینس (شکری تحمل) کی عارضی تخفیف غالباً گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) کی ایک عام ترین شکل ہے جو کہ دوران حمل میں پیدا ہوتی ہے۔ بالعموم یہ کوئی ناموافق

حالت نہیں ہے، اور جب حمل ختم ہو جاتا ہے تو شوگر ٹالرینس (شکری تھل) بھی طبعی حالت پر آ جاتا ہے، اور متوالی حمل کی صورت میں پھر بڑھ جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ شوگر ٹالرینس (شکری تھل) کی عارضی تخفیف ڈایا بیٹیز (ڈیابٹیس) کا ایک پیش خیمہ ہو اور مذکورہ مریضوں میں خفیف درجہ کا ڈایا بیٹیز (ڈیابٹیس) موجود ہو۔ گوکہ ایسی مریضوں کا ایذا موافق ہوتا ہے تاہم ان کی محتاط نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکری کی جلد برآمد کی تخمین کرنا چاہئے اور اسی نسبت سے کاربوہائیڈریٹس (carbohydrates) کا کھانا کم کر دینا چاہئے، لیکن ان کو بہت سختی سے نہ ترک کر دینا چاہئے۔ اگر علاج کرنے پر خون کی شکری طبعی رہے تو کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) کی مقدار میں احتیاط سے اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ انسولین (insulin) کے علاج کے تحت، یعنی انسولین (insulin) کے ہٹانا ۱۰ یونٹ کے تحت ان مریضوں کو اور زیادہ آزادی دی جاسکتی ہے اور وہ روئی کی متوسط مقدار کھا سکتی ہیں، اور جب قارورہ میں کوئی شکر نہ ہو تو علاج میں آسانی کر دی جاتی ہے بشرطیکہ کبھی کبھی خون کی شکری کی تخمین کی جائے۔

شوگر ٹالرینس (شکری تھل) کی عارضی تخفیف کا سبب تاریکی میں ہے حمل کے علاوہ دیگر حالتوں جیسے پریشانی اور غیر معمولی بار میں اس کا واقع ہونا معلوم ہے سمپتھٹک نروس (sympathetic nerves = اعصاب مشار کی) (ایڈرینل = adrenal = سرگردہ) پشوٹری (غده نخامیہ) اور تھائرائیڈ (درقیہ) کو، میجان میں لاتے ہیں جن کے افراز شوگر ٹالرینس (شکری تھل) کو کم کرتے ہیں۔ یہ اعصاب بین کریاز (بلبلہ) کا امتناع کرتے ہیں جس کا افراز کاربوہائیڈریٹ ٹالرینس (کاربوہائیڈریٹ تھل) کو زیادہ کرتا ہے۔ لہذا مذکورہ غد کے مرض سے یا سمپتھٹک نروس سسٹم (مشار کی عصبی نظام) کے اختلال سے جو اُن کو قابو میں رکھتا ہے، گلاٹکوزیوریا (شکر بولیت) پیدا ہو سکتا ہے۔

شوگر ٹالرینس (شکری تھل) کی تخفیف کی حقیقی توجہ کے متعلق جو نظریات اوپر بیان کئے گئے ہیں، ان کو ہماری موجودہ معلومات کی روشنی میں صرف قیاسی تصور کیا جاسکتا ہے۔

حقیقی ڈایابیز میلاس (شکری ذیابیطس)

214

ان مریضوں میں جن کو مذکورہ بالا قسم کا گلائکوزیوریا (شکر بولیت) ہوتا ہے، یہ حالت صرف اتفاقی طور پر دریافت ہوتی ہے، اور عارضی مدت کی ہوتی ہے، اور اس کے ہمراہ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ لیکن ان مریضوں میں جو حقیقی ڈایابیز میلاس (شکری ذیابیطس) میں مبتلا ہوتی ہیں، صورت حال اس کے برعکس ہوتی ہے۔ ان میں مرض مستقل ہوتا ہے، مریضہ کو پیاس، بھوک، اور کمزوری کی تکلیف ہوتی ہے، بلڈ شوگر کا ٹیسٹ (دموی شکر کا مافیا) طبعی سے بہت زیادہ ہوتا ہے، اور ایسی ڈوسنر (acidosis = ترشہ سمیت) موجود ہوتا ہے۔ ایسی مریضوں کی صورت میں اس غرض سے کہ پیشاب شکر سے میٹرا رہے، اور بلڈ شوگر (دموی شکر) کا لیول طبعی رہے، حقیقی ڈایابیز میلاس (شکری ذیابیطس) کے پورے دستور العملی علاج پر کہ جس میں فاقہ کشی کے وقفے ہوں، عمل پیرا ہونا پڑتا تھا، لیکن انسولین (insulin) کے علاج سے ان تدابیر میں معتد بہ طور پر تبدیلی کی جاسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ فاقہ کشی کی ضرورت نہ پڑے۔ اس امر کے متعلق کہ مریضہ کا قبالتی انصرام کس طرح ہونا چاہئے، ہمارے آراء میں نمایاں تبدیلی ہو گئی ہے، بشرطیکہ مریضہ انسولینی علاج کی استجاب کرتی ہو۔ پہلے یہ یقین کیا جاتا تھا کہ حمل کے ساتھ حقیقی ڈایابیز (ذیابیطس) ہونا ایک خطرناک پیچیدگی ہے۔ شدید اصابتوں میں صاف طور سے اندازہ خراب ہوتا تھا۔ مریضہ کا حمل گر جانے یا جنین کے رحم کے اندر ہی مرجانے کا احتمال ہوتا تھا۔ جنین اکثر اوقات بے انتہا بڑی جسامت کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ لاکر ایمینیائی (رصل) کی مفراط مقدار موجود ہو۔ سابق میں مادری اموات بہت تھیں، ۲ فی صدی عورتیں ولادت سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر، اور ۲۳ فی صدی دو سال کے اندر مر جاتی تھیں۔ لیکن اگر انسولین کے ذریعہ جدید طریقوں سے علاج کیا جائے تو ممکن ہے کہ عورتیں حمل اور وضع حمل بصحت اور سلامتی گزاریں۔

اس امر کا دریافت کرنا ایک دشوار معاملہ ہے کہ بہترین علاج کیا ہے جو تجویز کیا جائے۔ مناسب غذائی اور دوائی علاج کے تحت اگر علامات زائل ہوں اور بلڈ شوگر

خون کی شکر) طبعی حدود کے اندر رکھا جاسکے، تو کوشش یہ کرنی چاہئے کہ حمل کا خاتمہ کرنے کی نوبت نہ آئے۔ اس بات کا فیصلہ کرنا کہ کیا تدابیر اختیار کرنی چاہئیں، علامات کی شدت اور علاج کی اہمیت پر منحصر ہے۔ اگر علامات قائم رہیں اور مریضہ کی حالت ابتر ہو جائے تو حمل کو ختم کر دینا چاہئے تاہم جتنا پورے دن قریب ہوں یہ فیصلہ کرتے وقت اتنا ہی تامل سے کام لینا ہے۔

وضع حمل کے دوسرے مرحلہ کو ماں کی سلامتی کا مناسب خیال کرتے ہوئے مختصر کرنا چاہئے، تاکہ عضلی سعی کی ضرورت نہ ہو، اور سایا نوکس (زراق) اور ایسی ڈومنز (ترشہ سمیت) کا خطرہ کم ہو جائے۔ ممکن ہے کہ سایا نوکس (زراق) بائیر کلائی سیمیا (hyperglycaemia = بیش شکر دمویت) کی تحریک پیدا کرے، جیسا کہ کلوروفام (chloroform) اور ایتھر (ether) بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ ایتھر انیولن (insulin) پر امتناعی تاثیر رکھتی ہے۔ اس لئے ضروری ہے کہ سایا نوکس (زراق) کوغ کیا جائے اور گیس اور آکسیجن، یا سائل این ایس تجسبا (شوکی عدم حریت) کا استعمال کیا جائے۔ مارفیا (morphia) کا استعمال ممنوع نہیں ہے۔ ایسی ڈومنز (acidosis = ترشہ سمیت) اور قوما (coma) کے امکان کو کم کرنے کے لئے یہ مناسب ہے کہ وضع حمل کے دوران میں اور ولادت کے بعد فوراً نارمل سیلن (normal saline = طبعی مالح) جس کے ساتھ بائی کاربونیٹ آف سوڈا (bicarbonate of soda) (ایک پائنٹ میں ایک ڈرام) شامل کیا گیا ہو، درون وریدی طور پر دیا جائے۔

دوسرے مرحلہ میں شکمی عضلات کی متواتر اخراجی مساعی کی وجہ سے ہائیو گلاسمیا (hypoglycaemia = زیر شکر دمویت) کا میلان پایا جاتا ہے۔ اس کمی کو روکنے کیلئے ضروری ہے کہ وضع حمل کے دوران میں شکر دی جائے۔

بالعموم وضع حمل ختم ہونے کے بعد ڈیایابیٹک (ڈیابیطسی) مریضہ کا خون معمولی شوگر لیول (شکری لیول) پر واپس آ جاتا ہے۔ ان اصابتوں کے متعلق جن میں سس (sepsis = عفونت) ہو جائے، یہ بیان صحیح نہیں ہے۔

باب بست و دوم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (بستہ سابق)
جنون اور زچگی

عورتیں حمل میں، وضع حمل میں، پیور پیريم (نفاس) میں، یا رضاعت کے زمانہ میں جنون ہو سکتی ہیں۔ زمانہ ماضی میں جنون کی اقسام اس امر کے لحاظ سے مقرر کی جاتی تھیں کہ یہ کس زمانہ میں شروع ہوا ہے، لیکن جدید تعلیم ان تقیبات پر زور نہیں دیتی۔ ممکن ہے کہ زچگی کے جنون کا حمل، اولین حمل ہو یا ممکن ہے کہ یہ مرض کا تو آلی ہو۔ زچگی کے اثر کے متعلق یہ سمجھنا چاہیے کہ یہ ان لا تعداد اثرات میں سے ہے جن کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ یہ دماغی بیماری پیدا کرنے کی قابلیت رکھتے ہیں۔

زچگی میں سوائے خلقی لال جنون یا شیخوخی، اخطاط کے جنون کیے جنون کی ہر قسم ظہور پذیر ہو سکتی ہے۔ انداز کا انحصار اس امر پر ہے کہ جنون کی قسم کیا ہے کہ جس میں مریضہ مبتلا ہے۔

اقسام جنون۔ جن اقسام کے ملنے کا سب سے زیادہ مکان ہر وہ حرب ذیل میں :-

(۱) کانفیوژنل انسینیٹی (confusional insanity = جنون جھٹلائی)

(۲) آلٹرنیٹنگ انسینیٹی (alternating insanity = جنون متبادل)

(۳) ڈیمینشیا پریکاکس (dementia precox = عتابست متباور)

ان تینوں اقسام کی تفریق تشخيص اکثر بہت دشوار ہوتی ہے اور اس کے لئے ایک ماہر لازم و داعی کی مدد کی ضرورت ہوگی۔

ڈیمینٹیا پریکس (عقابت متبادل) میں اُن تمام جنونوں کو شامل سمجھنا چاہئے، جن کا انجام ایک ٹرمینل ڈیمینٹیا (terminal dementia = آخری عقابت) پر ہوتا ہے جس سے مکمل شفایابی کی کوئی امید نہیں ہوتی۔ آلٹرنیٹنگ انسٹی (alternating insanity = جنون متبادل) سے یہ مراد ہے کہ جوش و خروش، انخفاض اور ذہول کے حملوں کا ایک منبئی اور تاحیات رجحان ہوتا ہے۔ یہ حملے اکثر اوقات اس بار کے سبب سے رونما ہوتے ہیں کہ جو زچگی کے وقوع سے پیدا ہوتا ہے۔ کان فیوژنل انسٹی (جنون اختلاطی) میں وہ اقسام شامل ہیں جن میں بنیادی سبب خستگی یا عفونتی سم ہوتا ہے ایسی اصابتوں میں مثل شفایابی کی توقع کی جاسکتی ہے۔

تشخيص اور انداز

عام علامات کہ جو آغاز جنون کی خبر دیتے ہیں، یہ ہیں۔ غذا سے انکار، بخوابی اور بچہ سے نفرت۔

آغاز کا وقت۔ (الف) دورانِ حمل میں جنون کا آغاز ہونا ایک نہایت ہی ناموافق امر ہے۔ ایسے واقعات عموماً ڈیمینٹیا پریکس (عقابت متبادل) کی اور کبھی آلٹرنیٹنگ انسٹی (جنون متبادل) کی مثالیں ہوتے ہیں۔

216

(ب) زچگی یا پیورپیریم (نفاس) کے دوران میں محرک سبب یا تو عصبی خستگی یا عفونتی سم یا دونوں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس عصبی خستگی کا سبب کسی ناگتد اعورت میں حمل واقع ہونا ہو۔ سبب کی مذکورہ بالا نوعیت کی وجہ سے سب سے زیادہ کثیر الوقوع شکل کان فیوژنل انسٹی (جنون اختلاطی) ہے، لیکن آلٹرنیٹنگ انسٹی (جنون متبادل) بھی بہت عام ہے۔ فوری انداز عموماً اچھا ہوتا ہے۔ آخری انداز صرف اسی صورت میں موافق ہوتا ہے، جبکہ جنون کی خاندانی روداد موجود ہو، یا جب سابقہ حملوں کی روداد موجود نہ ہو، یا جبکہ کان فیوژنل انسٹی (جنون اختلاطی) ہو۔

(ج) مندرجہ بالا بیانات لیکٹیشن (رضاعت) کے جنون پر بھی صادق آتے ہیں۔ بہت ممکن ہے کہ اس کا محرک سبب خستگی ہو۔ لہذا اگر دیگر علتی عوامل موجود نہ ہوں تو کان فیوژنل ان سینٹی (اختلاطی جنون) کی تشخیص اور موافق انداز بہت زیادہ قرین قیاس ہے۔

سابق حملوں کی رواد۔ سابق حملوں کی رواد یا خاندان میں جنون کی روایات کی صورت میں یہ احتیاط تحقیقات کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر ایسی رواد مل جائے تو اغلب یہ ہے کہ یہ کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) کی اصابت نہیں، گو کہ یہ قسم قطعاً خارج از بحث نہیں کی جاسکتی۔

نمایاں دماغی علامت کس قسم کی ہے۔ یہ سوال نہایت ہی اہم ہے مگر اسکو بالکل صحیح طور پر دریافت کرنا درحقیقت ایک لامر امراض دماغی کا کام ہے۔ پانچ خاص ہیں، یعنی اختیاطات، ذہول، انخفاض، جوش و خروش اور ہذیان۔ اختیاطات ایک ناموافق علامت ہیں، اسی طرح ذہول بھی بشرطیکہ وہ خستگی یا ہذیان کے دوران میں نہ پیدا ہو۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) کی سب سے نمایاں علامت انتقال ہے، جس کا پہلا درجہ تیرگی شعور اور آخری درجہ حقیقی ہذیان ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ تو ہمت پائے جاتے ہیں جو کہ بالعموم صرف سماعت اور بصارت کے ہوتے ہیں۔

علاج

جنون کے واقعات کی ایک بہت زیادہ تعداد میں یہ بہت بہتر ہوتا ہے کہ مریضہ کو اپنے رشتہ داروں اور معمولی گرد و پیش کے حالات سے علیحدہ کیا جائے۔ مزید برآں جب مریضہ کا علاج گھر پر کیا جاتا ہے تو یہ دیکھا جاتا ہے کہ جب وہ اچھی ہوتی ہے تو اس کو اپنے زمانہ بیمارانی کے ماحول سے اتنی شدت سے نفرت ہو جاتی ہے کہ اس ماحول کو مستقل طور پر تبدیل کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ گھر پر ایسا علاج کرنا کہ جو درحقیقت

موثر ہو بہت ہنگامہ پڑتا ہے۔

اگر مریضہ کا گھر پر علاج کیا جائے تو معالج طبی کو چاہئے کہ وہ رشتہ داروں کے ساتھ رہے کہ ۱۹۹ء کے قانون مجانین کی دفعہ ۳۱۵ کی خلاف ورزی نہ ہو اس کی رو سے کسی شخص کا کسی فائر العقل شخص کو اجزائاً اپنی نگرانی میں رکھ لینا خلاف قانون ہے تا وقتیکہ فائر العقل شخص کو قانون نہ کر کے تحت صداقت نامہ نہ دیا گیا ہو۔ مندرجہ بالا امر کو مد نظر رکھتے ہوئے مریضہ کا دورانِ حمل میں گھر پر علاج کرنا مناسب ہے تاکہ بچہ کو دارالمجانین میں پیدا ہونے کے داغ سے بچا جاسکے بہرہ طور طبیب کو اس امر کے لئے آمادہ رہنا چاہئے کہ اگر مریضہ کے رشتہ دار اسے وہ سہولتیں منتقل کرنے کی اجازت نہ دیں تو وہ اس کا گھر میں علاج کرے۔ ولادت کے بعد بچہ کو فوراً ماں سے علیحدہ کر دینا چاہئے اور نوزائیدہ بچہ کو سرگز اس کے قریب نہ آنے دینا چاہئے خواہ مرض کتنا ہی خفیف کیوں نہ معلوم ہو کیونکہ خود کشا نہ یا قاتلانہ میلان کسی وقت بھی دفعتاً پیدا ہو سکتا ہے۔ علاوہ بریں شوہر یا تیمار داروں سے دفعتاً نفرت پیدا ہو جانا اور صریح شہوانیت اور فحش حرکتیں بیورپیرل (نفاسی) جنون کی امتیازی خصوصیات ہیں۔

مریضہ کو نیچے کی منزل پر موزوں کمرہ یا کمرے دینا چاہئیں اور تین تیمار دار جو خاص طور پر دماغی مریضوں کی ترمیم میں تربیت یافتہ ہوں اس کے پاس ہونی چاہئیں ایک شب کی فرائض کی انجام دہی کے لئے اور دو دن کے لئے اور شب کی تین تہائی کی کی نرس (ممرضہ) کے لئے یہ ممکن ہونا چاہئے کہ وقت ضرورت وہ فوراً آمد و طلب کر سکے اگر بخلی منزل پر کمرے نہ مل سکیں تو ایسے ذرائع اختیار کرنا چاہئیں کہ مریضہ اپنے کو کسی گھر کی سے نیچے نہ کر سکے۔ یہ ضروری ہے کہ پیمانہ یا حمام میں یا قہنچی چاقو، آگ، روشنی یا کسی دیگر ذریعہ سے خودکشی کرنے کے تمام امکانات دور کر دیئے جائیں۔ لیکن قرار واقعی انتظام صرف یہ ہے کہ نہایت سخت اور مسلسل نگرانی ہو چنانچہ جن لوگوں کی سپردگی میں مریضہ ہو ان پر اس امر کو اچھی طرح ذہن نشین کر دیا جائے۔

فاعلانہ علاج کے اہم اجزاء یہ ہیں کہ غذا کافی دی جائے، حاد و مرحل کے دوران میں بستر پر آرام ہو، نمیدہ کی مناسب مقدار ہو اور بہتر ہے کہ یہ نمیدہ کھلی ہو اس لیے چاہئے اور جلد و امعاء کا آزادانہ فعل ہو۔ سادہ غذا بہ افراط دینا چاہئے اور اس کا تکملہ و ودہ کی

وافر مقدار سے کرنا چاہئے۔ اگر غذائینے سے انکار کیا جائے اور ترغیب دینے کا کچھ اثر نہ ہو تو مریضہ کو ناک کی راہ سے غذا دینے کی ضرورت ہے۔

بیخوابی کے لئے ضروری ہے کہ شب و روز کھلی ہو میں رکھنے کی آزمائش کی جائے و نیز مریضہ کو ۱۰ ڈگری کے مغل میں نصف گھنٹہ یا زیادہ دیر تک رکھا جائے۔ ان ہر طریقہ ہائے علاج کا انتظام کسی پر سامان پاگل خانہ میں اچھی طرح ہو سکتا ہے جہاں تک ممکن ہو خواب اور ادویہ سے احتراز کرنا چاہئے، گو بسا اوقات ان کا استعمال لازمی ہو جاتا ہے۔ جب ذیل ادویہ نہایت مفید ہیں۔ پرالڈہائیڈ (paraldehyde) ایک تا ۳ ڈرام کی خوراک میں دن میں ایک یا دو بار جس میں ۳۰ تا ۶۰ گریں برومائڈ (bromide) شامل کیا جاسکتا ہے اور ذائقہ کو چھپانے کے لئے ۲۰ قطرے لیکوٹوئڈ امکریٹ آف لائکورس (liquid extract of liquorice) کے ملائے جاسکتے ہیں۔ کلورل (chloral) ۵ تا ۳۰ گریں کی خوراکوں میں ۲۴ گھنٹہ میں دو یا تین بار بڑھانڈ (bromide) کے ہمراہ یا اس کے بغیر دیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ قلب یا دوران خون کی حالت اس کے استعمال کی مانع نہ ہو، کلورل (chloral) کا استعمال بہت روز تک نہ جاری رہنا چاہئے۔ باربیتون (barbitone) جس کی ۱۰ گریں یا شاید ۵ گریں کی واحد خوراک دی جاسکتی ہے۔ سلفونل (sulphonol) کسی مٹین دوا کے ہمراہ ۵ تا ۳۰ گریں ایک یا دو یوم تک دن میں دو بار دیا جاسکتا ہے، ٹرائونل (trional) ۱۰ تا ۲۰ گریں دیا جاسکتا ہے۔ ہرادیہجان میں ۱/۲ گریں مورفیا (morphia) مع ۱/۲ گریں ہائیوسین (hyosine) کے، جنھیں احتیاط سے بالترتیب ۱/۲ گریں اور ۱/۲ گریں تک بڑھایا جاسکتا ہے، نہایت ہی مفید ہے اور بالخصوص ہائیوسین اگر طویل گرم غسل سے فوراً قبل دی جائے تو خاص طور پر مفید ہے جب حادثات جاتے رہیں تو تدریجی ورزشیں کرنا چاہئیں اور نگرانی کو نہایت احتیاط سے ہلکا کر دینا چاہئے۔ خودکشی کا خطرہ سب سے زیادہ انخفاص کی انتہا سے فوراً قبل یا فوراً بعد ہوتا ہے یعنی ت کے دوران میں اسٹرنین (strychnine) اور فاسفورک ایسڈ (phosphoric acid) دیا جاسکتا ہے اور ضرورت ہو تو احتباس الطمث کے لئے فولاو اور ایلوا (aloes) دیا جاسکتا ہے۔ اگر نفیہیت میں طوالت ہو تو تھائیرائیڈ اکٹرکٹ (thyroid extract = خلاصہ رقیہ) ممکن ہے کہ حیرت انگیز عمل کرے، لیکن یہ کبھی نہیں بھی اثر کرتا۔

کسی عورت کا حمل اس لئے ختم کرنا کہ وہ جنون بے عام طور پر صحیح نہیں ہے، کیونکہ بیشتر صورتوں میں حمل گرانے کا ان علامات پر کچھ اثر نہیں ہوتا، اور اس کی وجہ جنون کی نوعیت ہے جو کہ اس زمانہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اس کلمہ کے امکانی مستثنیات حسب ذیل ہیں: (۱) جب کہ جنون عورت کے اس خیال کا نتیجہ معلوم ہوتا ہے کہ وہ وضع حمل میں فوت ہو جائی یا یہ کہ اس کا بچہ مانسٹر (monster = مسخوٹ) یا کسی اور طرح پر غیر طبعی ہوگا (۲) جب کہ زمانہ سابق میں مریضہ کو دو یا زیادہ حمل رہے ہوں اور ہر مرتبہ دورانِ پیوریٹم (نفاس) میں وہ جنون ہو گئی ہو۔

مذکورہ بالا سوال سے نہایت قریبی طور پر متعلق ایک دوسرا سوال ہے کہ حمل روکنا مناسب ہے کہ نہیں۔ اس غرض کے لئے غالباً مائل استثنائی حالات میں عملیتی تدابیر اختیار کی جاتی ہیں۔ اگر ایسا کیا جائے تو ایک ماہر امراضِ دماغی سے مشورہ لینے پر زور دینا چاہئے، اور اس وقت جب کہ اس کا صاف ثبوت ہو کہ مریضہ قابلِ تصدیق جنون کی حالت میں نہیں ہے، مریضہ کے شوہر کو اور مریضہ کو عملیہ کی غایت اچھی طرح سمجھا دینا چاہئے، اور سرجن کو ایک لیٹر آف انڈمنٹی (letter of idemnity = برات نامہ) دے دینا چاہئے۔ یہ حجت کہ ایک مریضہ کو یوجینک (eugenic = اصلاح النسل) دلائل کی بنا پر عقیم کر دینا چاہئے، قانون نے ہنوز اس کو جائز قرار نہیں دیا۔

بیشتر اصابتیں جو وضع حمل کے بعد پیدا ہوتی ہیں، وہ پیوریٹم (نفاس) کے اول ۵ ایوم میں رونما ہوتی ہیں۔ ان کا علاج کرتے وقت مذکورہ بالا اصولوں کو ہی خیال میں رکھنا چاہئے۔ خاص نکات یہ ہیں کہ بیلادونا پلاسٹر (belladonna plaster) جو کہ صفا میں رکاوٹ ہونے پر اکثر استعمال ہوتا ہے، خطرناک ہے، کیونکہ یہ خود کشی کے لئے استعمال ہو سکتا ہے۔ نیز اگر ارتفاعِ حرارت ہو تو ٹاکسیمیا (تسم دم) اور سپس (عفونت) کے ہر امکانی منبع کو دور کرنا چاہئے، یا اس کا علاج کرنا چاہئے، بیش از ارتفاعِ حرارت میں اسپنج (sponge) کرنا چاہئے، مگر دیگر اصابتوں میں طویل گرم غسل بہت فائدہ کرتا ہے۔ اگر بہت سے خراجات ہوں یا اگر اصابت واضح طور پر سسلی صلی کی ہو، تو پالی ولینٹیریم (poly-valent serum = بیش گرفتہ مصل) کا استعمال بعض اوقات نہایت ہی مفید ہوا ہے۔ اگر لول یا براز کا ان کا ٹیننس (incontinence = سلس) ہو، تو بیڈ سوز

=bedsores بستر پھوڑوں) کو روکنے کے لئے نہایت محتاط تمریض کی ضرورت ہوگی۔ اگر جنون کی ابتدا ایکسٹیشن (رضاعت) کے آخری زمانہ میں ہو تو عموماً اس کا سبب جنگی ہوتا ہے، چنانچہ نسبتاً غریب طبقات میں یہ مرض زیادہ عام ہے۔ مریض کو گھر سے علیحدہ کر دینا چاہئے، اور بہ افراط غذا اور کافی آرام دینا چاہئے، اور عمومی مقوی علاج کرنا چاہئے اس موقع میں کہ جب جسمانی قوت عود کرے گی تو دماغی حالت کو بھی شفا ہو جائے گی۔

دوران حمل میں دفعتاً موت

دوران حمل میں دفعتاً موت ایسی کیفیتوں کی وجہ سے واقع ہو سکتی ہے جو حمل سے بالکل غیر متعلق ہوتی ہیں، جیسے کہ ماربس کارڈس (=morbis cordis مرض القلب) سیریریل ہیمریج (دماغی نزف) یا امبولزم (=embolism سدا دیت) سے ناگہانی موت کا سبب ممکن ہے وہ ہیمریج (نزف) ہو جو کہ براہ راست حمل سے متعلق ہوتی ہو، خواہ اندرونی جیسے کہ ایکٹاپک جیسٹیشن (=ectopic gestation بے محل حمل) یا کان سیڈ ایکسٹنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) میں، یا بیرونی، جیسے کہ ان او ایڈیل ہیمریج (ناگزیر نزف) یا اگسٹرنل اکٹنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف) میں۔

نہایت ہی شاذ و نادر صورت میں یہ بھی ہو سکتا ہے کہ دوران حمل میں عموماً کسی کہنہ دریدگی یا سرین سٹیشن (فیصری شکاف) کے ندبہ کی جگہ سے رحم مشقوق ہو جائے، اور ممکن ہو کہ مستثنیٰ صورتوں میں اس سے دفعتاً موت واقع ہو جائے، گو زیادہ تر ایسا نہیں ہوتا۔

جزو دوم - وضع حمل

(الف) طبعی وضع حمل

باب بست وسوم

تشریح پیلووس (Pelvis = حوض)

مندرجہ ذیل بیان میں پیلووس (حوض) پر قبائلی نقطہ نظر سے بحث کی گئی ہے اور صرف اُن تشریحی نکات کا ذکر کیا گیا ہے جو اس نقطہ نظر سے اہم ہیں۔

پیلووس (حوض) کی ہڈیاں

پیلووس (حوض) چار ہڈیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دو آسانامی نیسٹا (ossa innominata = عظام لاسم لہئم) سیکرم (sacrum = عجز) اور کانگس (عصص)۔ آسانامی ٹیم (os innominatum = عظم لاسم لہ)۔ عظم تین حصوں سے بنی ہوئی ہے، ایلم (ilium = حرقفہ) اسکیم (ischium = عظم الورک) اور پیوبیز (pubes = عظم العانہ)۔ یہ حصے ۲۰ سال کی عمر تک غضروف کے ایک تریچلے ٹکڑے کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے جڑا رہتے ہیں، جس کا مرکز ایسی ٹیبلو لم

acetabulum = فُجَّان) پر ہوتا ہے۔

الیم (حرقفہ)۔ الیم (حرقفہ) کے اگلے فوقانی سرے کو انٹیریر سپرائن (=anterior superior spine = مقدم فوقانی شوک) اور پچھلے فوقانی سرے کو پوسٹیریر سپرائن (=posterior superior spine = پچھلا فوقانی شوک) کہتے ہیں۔ ان نقطوں کے

درمیان ایک عظمی حید ہوتا ہے جسے کرسٹ آف الیم (=crest of ilium = حرقفی عرف) کہتے ہیں۔ چند سیمنٹیں قبالتی نقطہ نظر سے اہم ہیں، یہ دونوں انٹیریر سپرائن (اگلے فوقانی شوکوں) کے درمیان سے، کرسٹز (عرفوں) کے درمیان سے اور دونوں پوسٹیریر سپرائن (پچھلے فوقانی شوکوں) کے درمیان سے لی جاتی ہیں۔ الیم (حرقفہ) کی اندرونی سطح پر جہاں یہ اسکیل (=ischial = ورکی) اور پیوبک (عانی) عظام سے ملتی ہے، ایک بھار ہوتا ہے جسے ایوپیکٹیل ایمنس (ilio-pectineal eminence = حرقفی مشطی فراز) کہتے ہیں۔

الیا (حرقفات) فالس پیلوس (=false pelvis = حوض کا ذب) کے اطراف بناتے ہیں، سیکریم (عجز) اور پیوبیز (عظام العانہ) کے ساتھ ملکر پیلوس (حوض) کی برم (لگر) بناتے ہیں اور اسکیم (ورک) پیوبیز (عظام العانہ) اور سیکریم (عجز) کیساتھ ملکر کیوٹی (کہفہ) کی عظمی دیوار بناتے ہیں۔ اسکیم (=ischial = عظم الورک)۔ اسکیم (عظم الورک) ٹرویولس (=true pelvis = حوض صادق) کا ایک حصہ بناتی ہے، اور ایک تنع عظمی زائدہ پر ختم ہوتی ہے جسے ٹیوبراسٹی

(tuberosity = حدیبہ) کہتے ہیں۔ ایوپیکٹیل ایمنس (حرقفی مشطی فراز) اور اسکیل سپائن (ورکی شوک) کے درمیان ایک عظمی حید ہوتا ہے جو اسکیم (عظم الورک) کو دو مستویات میں تقسیم کرتا ہے، یعنی

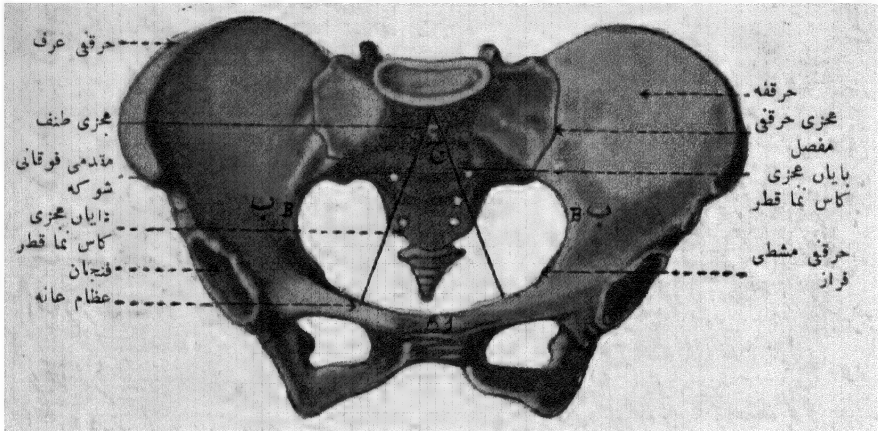
اگلا جھکا ہوا عظمی مستوی اور پچھلا جھکا ہوا عظمی مستوی۔ اگر بچہ کا سر حوض سے گزرنے کے دوران میں حوض میں کہے آتا ہو، تو یہ مستویات اس کی اندرونی تدویر میں فاعلانہ حصہ لیتے ہیں۔ اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدیبوں)

کے درمیان کا فاصلہ قبالتی اہمیت رکھتا ہے کیونکہ ان کے درمیان اوٹ لیٹ (مخج) کا عرضی یعنی سب سے چھوٹا قطر ہوتا ہے۔ ذرا بلند تریبول پر اسکیل سپائن (ورکی شوک) بروز کر رہی ہوتے ہیں۔ ان کے درمیان جوفا ہوتا ہے، وہ ٹیوبراسٹیز (حدیبوں) کے درمیان فاصلہ سے ذرا کم ہوتا ہے اور پیلوس (حوض) کا سب سے چھوٹا قطر ہوتا ہے۔

پیوبیز (=pubes = عظم عانہ)۔ پیوبیز (عظم عانہ) اپنے دوسری طرف کے رفیق کی سمیت میں ٹرویولس (حوض صادق) کے سامنے کا حصہ بناتی ہے۔ یہ دوفرع کے ذریعہ اوپر اور نیچے بالترتیب اپنی جانب کے الیم (=ilium = حرقفہ) اور اسکیم (عظم الورک) سے جڑی ہوتی ہے اور فروع کے

درمان کی فضا آبجوریٹورامین (obturator foramen = سوراخ ساد) کہلاتی ہے۔ ایک ننگ زیرعانی زاویہ کا نتیجہ ہوتا ہے کہ اوٹ لیٹ (خارج) پر عرضی قطر چھوٹا ہوتا ہے۔

سیکرم (sacrum = عجز) - سیکرم (عجز) ایک تقریباً مثلث ٹہری ہے اور یہ پانچ سکرل (عجزی فقرات کے اتحاد سے بنتا ہے) یہ کانکس (coccyx = عصص) کے ساتھ شامل ہو کر ٹروپیلوس (حوض صادق) کا بیچھلا حصہ بناتا ہے۔ سیکرم (عجز) کی فوقانی سطح کا اگلا کنارہ جو پانچویں قطنی فقرہ سے جڑ جاتا ہے وہ سیکرم (عجز)



تقویر ۴۴ مونث پیلوس (حوض) جبکہ اسے سامنے سے دیکھا جائے۔
(ب) ج پیلوک برم (pelvic brim = حوضی گبر) کو ظاہر کرتے ہیں جو کہ

- ۱۔ یوبک (عانی) خطوط کے بالائی حاشیوں سے
- ب۔ الیوکیٹینل (حرقی شطی) خطوں سے
- ج۔ سیکرم (عجز) کی اگلی سطح سے بنی ہوتی ہے۔

کی پرومانٹری (promontary = طف) بناتا ہے، یہ پرومانٹری (طف) پیلوس (حوض) کے حقیقی اور ونری کا بنجوگیٹ (conjugate = مزدوج) قطروں کی پیمائش میں بہت بڑی اہمیت رکھتی ہے۔ سیکرم (عجز) کی اگلی سطح پر بہت سے سوراخ ہوتے ہیں ان سے اعصاب نکلتے ہیں جو مل کر سیکروشیٹائک پلکسیس (sacro-sciatic plexus = عجزی نسائی ضغیرہ) بناتے ہیں۔ یہ بڑے بڑے عصبی تنے پائریمارس (pyriformis = ناشیاتی نما) عضلہ کی انگشتیاں اور پیلوک فیشیا (pelvic fascia = حوضی ردا) کا کھلا

سب ہیکریلوک کو بی (حوضی کہنہ) کی گنجائش کو ذرا کم کر دیتے ہیں۔
 کا ککس (عصص)۔ یہ ٹرو پیلوئس (حقیقی حوض) کے پچھلے حصہ کا افضل ترین حصہ
 بناتا ہے۔

پیلوئس (حوض) کے مفصل

سیکرو الیک جائنٹز (sacro-iliac joints) = عجری حرقفی مفصل۔
 سیکرم (عجز) اور الیم (حرقفہ) کی مفصلی سطحوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں، ایک ادھر اور ایک
 ادھر۔

دوران حمل میں یہ مفصل نرم ہو جاتے ہیں اور خاصے حرکت پذیر ہو جاتے ہیں۔
 ان حرکات سے سیکرم (عجز) مفصل کے مرکز سے گزرنے والے ایک عرضی محور پر آگے اور پیچھے
 کی جانب گھوم سکتا ہے جس کے نتیجے کے طور پر ٹرو پیلوئس (حقیقی حوض) کے ان لیٹ (مدخل)
 اوٹ لیٹ (مخرج) کی جسامت گھٹ سکتی ہے یا بڑھ سکتی ہے۔ اگر سیکرم (عجز) مثبت ہو تو
 انامی نیٹ (لا اسم لیم) ہڈیاں سیکرم کی طرف یا سیکرم سے دور گھوم سکتی ہیں اور اس سے بھی
 ان لیٹ (مدخل) یا اوٹ لیٹ (مخرج) میں علی الترتیب ویسی ہی تبدیلی جسامت واقع
 ہوتی ہے۔

عورت وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں عموماً چلتی پھرتی رہتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے
 کہ پوبیر (عظم العانہ) کے پرومٹری (promontary = طنف) سے دور گھوم جانے کی وجہ سے حوض کے ان لیٹ
 (مدخل) کی جسامت کئی قدر بڑھ جاتی ہے۔ دوسرے مرحلہ میں وہ قدرتنا لیٹ جاتی ہے اور
 اپنی رانوں کو خم کر لیتی ہے، یہ فعل سیکرم (عجز) کے گھماؤ کو مخالف جانب کرتا ہے اور سیلوک
 اوٹ لیٹ (pelvic outlet = حوضی مخرج) کی وسعت کو بڑھا دیتا ہے۔ سیکرم (عجز)
 کا یہ انحراف اس کے بالائی سرے کی نسبت اس کے زیرین سرے پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔
 اگر دوران وضع حمل میں ایک عورت کو والچر (Walcher) کی وضع (دیکھو صفحہ 637) میں لٹایا
 جائے تو سیکرم (عجز) کے بالائی حصہ کی عقبی تہ و تہائی درجہ تک واقع ہوتی ہوگی کہ انامی نیٹ (لا اسم لیم) ہڈیوں
 کا نیچے اوڑکے زیادہ سے زیادہ گھماؤ واقع ہوتا ہے۔ اس امر کا علم خفیف درجہ کے چھپے پیلوئس (حوض) کے علاج میں مہمذ ثابت ہوا ہے۔

سیکرو ایکٹ (عجزی حرقی مفصل) میں سے گزرنے والے افقی سہمی محوروں کے گرد دونوں انامی نیٹ (innominate = لا اسم لہم) ہڈیوں کی حرکات بھی ہو سکتی ہیں۔ ان حرکات سے ٹیوبرا سکانی (tuberischii = حدیبات ورکی) جدا ہو جاتی ہیں اور اوٹ لیٹ (مخرج) کی عرضی نوعیت بدل جاتی ہے۔

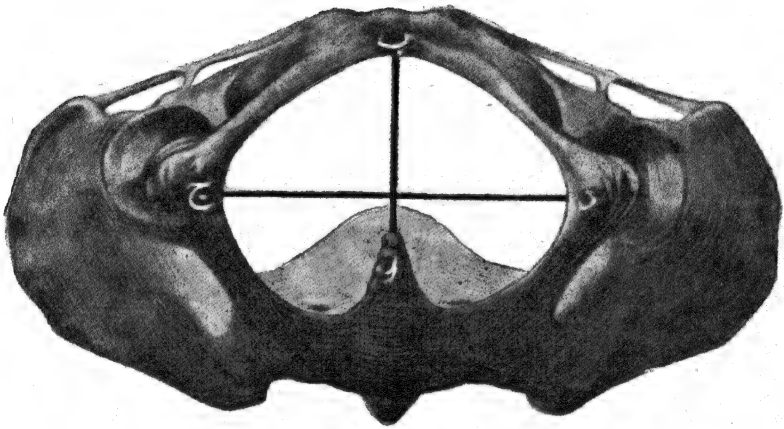
پیوبک جائنٹ (pubic joint = عانی مفصل) سمفزیوئس (symphysis pubis = ارتفاق عانہ) ایک مفصل ہے جو کہ پیوبک (عانی) ہڈیوں کے جگہ کے بلانی اور اگلے حصوں کے درمیان ہوتا ہے۔ اس مفصل کی لینت کی وجہ سے پیوبک آرچ (pubic arch = محراب عانی) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کا عرضی قطر چوڑا ہو جاتا ہے اور جنینی سر کے گزرنے میں سہولت ہوتی ہے۔ سیکرو کاسیجیل جائنٹ (sacro-coccygeal joint = عجزی عصصی مفصل) یہ مفصل سیکرم (عجز) اور کاکسکس (عصص) کے درمیان واقع ہے۔ یہ دورانِ حمل میں نرم ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب جنینی سر حوض سے گزرتا ہے تو کاکسکس (عصص) عقبی جانب ہٹ جاتا ہے اور اس طرح اوٹ لیٹ (مخرج) کا پیش لپی قطر بڑھ جاتا ہے۔ جب سیکرو کاسیجیل (عجزی عصصی) مفصل کی جات موجود ہوتی ہے تو کاکسکس (عصص) کا لحاظ کرنا ضروری ہوتا ہے کیونکہ یہ اس وقت اب سٹریچل اوٹ لیٹ (قبالتی مخرج) کی کچھلی سرحد بناتا ہے۔

پیلووس (حوض) بحیثیت مجموعی

پیلووس (حوض) کو قبالتی اغراض کے لئے اس قلبی شکل کے گھیرے کے ذریعہ جسے برم آف دی پیلووس (brim of the pelvis = حوض کی لگڑ) کہتے ہیں جس میں تقسیم کیا جاتا ہے یعنی فالس پیلووس (false pelvis = حوض کا ذب) اور ٹرو پیلووس (true pelvis = حوض صادق)۔

فالس پیلووس (حوض کا ذب) وہ حصہ ہے جو برم (لگڑ) کے اوپر ہوتا ہے۔ یہ وضعِ حمل کی میکانیت میں کوئی حصہ نہیں لیتا اور اس کی اہمیت صرف اس وجہ سے ہے کہ اس کے بعض حصوں کے درمیان سے پیالٹیش لی جاتی ہیں۔ یہ پیالٹیش ٹرو پیلووس

(صادق حوض) کی جہانت کے متعلق اور اگر یہ طبعی جہانت سے زیادہ چھوٹا ہو تو اس کے انقباض کی نوعیت کے متعلق رائے قائم کرنے میں مدد دیتی ہیں۔
 ٹروپیلوس (حوض صادق) جس میں برم (گلگر) اور پیلوس (حوض) کا وہ حصہ جو برم (گلگر) کے نیچے ہوتا ہے شامل ہے۔ اس کو برم (گلگر) کیوٹی (کہفہ) اور اوٹ لیٹ (مخرج) میں تقسیم کیا جاتا ہے۔



تصویر ۴۴۔ پلوک اوٹ لیٹ (حوضی مخرج)۔
 ۱ اور ب مخرج کا پیش پس قطر ہے (پہ ۵ انچ = ۱۳.۵ سنٹی میٹر)۔
 یہ ناپ خشک کردہ پیلوس (حوض) میں اس وقت جبکہ کانکس (عصص) مثبت ہو نصف انچ کم ہوتا ہے۔ ج، د اوٹ لیٹ (مخرج) کا عرضی قطر ہے (پہ ۴ انچ = ۱۰.۶ سنٹی میٹر)۔

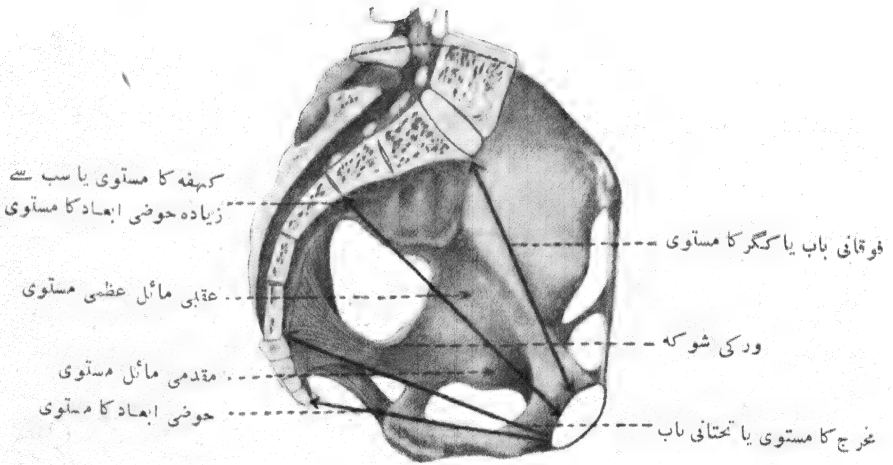
برم (گلگر)۔ یہ سامنے کی طرف پیوبک (عانی) عظام کے بالائی کناروں سے اطراف میں الیوپکٹینیل لائنز (ilio-pectineal lines = حرقفی مشطی خطوط) سے اور عقب میں سیکرم (عجز) کے اگلے اور بالائی کنارے سے بنتی ہے۔ (دیکھو تصویر ۴۴)۔
 کیوٹی (کہفہ)۔ پلوک کیوٹی (حوضی کہفہ) شکل میں بے قاعدہ ہوتی ہے

224

یہ سامنے کی طرف عانی عظام سے، عقب میں سیکرم (عجز) اور کاکس (عصص) کی اگلی سطح سے، اور اطراف میں اسکیل (ورکی) عظام کی اندرونی سطحوں سے بنتی ہے (تصویر ۴۵)۔
اوٹ لیٹ (مخرج)۔ یہ کم و بیش معین شکل ہوتا ہے، سامنے اسکیل (ورکی) اور پیوبک (عانی) عظام کے تحتانی فرعات سے، عقب میں کاکس (عصص) کی نوک اور سیکرو شیاٹک لیگمانٹس (sacro-sciatic ligaments = عجزی نسانی رابطات) سے اور طرف میں اسکیل ٹیوبرائٹیز (ورکی حدیبوں) سے بنتا ہے (تصویر ۴۶)۔

پیلوس (حوض) کے مستويات اور ابواب

ٹروپیلوس (حوض صادق) کو ایک خیالی مستويات کے سلسلہ کے ذریعہ تقسیم کیا جاسکتا ہے، ان میں سے چار کا ذکر اکثر کیا جاتا ہے، جن کو یہاں بیان کیا جائے گا۔



تصویر ۴۵۔ پیلوس (حوض) کی پیش پس تراش
اس میں پیلوک (حوضی) مستويات یا سنٹریٹرز (ابواب) اسکیم (عظم الورک) کے مائل مستويات اور پیلوک برم (حوضی لگر) کا میلان جو کہ استادہ حالت میں ۵۵ کا زاویہ ہے دکھائے گئے ہیں۔

ان کی قابلیت اہمیت سب کی مساوی نہیں ہے۔ ان میں سے دو یعنی برم (گلگر) کا مستوی اور اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی صحیح طور پر ریاضیاتی مستوی نہیں ہیں۔ لہذا انکو بسا اوقات سپیریئر (superior = فوقانی) اور انفیریئر سٹریٹ (inferior straits = تحتانی ابواب) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

اوپر سے نیچے کو گناؤں تو وہ چار مستوی یہ ہیں :- (دیکھو تصویر ۴۵)۔

(۱) برم (گلگر) کا مستوی یعنی پیلوک انلیٹ (pelvic inlet = حوضی مدخل) یا

سپیریئر سٹریٹ (فوقانی باب)۔

(۲) کیوٹی (کہنف) کا مستوی یعنی سب سے زیادہ پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی۔

(۳) کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی۔

(۴) اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی یعنی انفیریئر سٹریٹ (تحتانی باب)۔

(۱) برم (گلگر) کا مستوی قلب نما ہے جس میں ایک نشیب ہے، یہ نشیب پیچھے

بیکرل پرمانٹری (عجزی طلف) کا آگے کو جو بروز ہے اس سے تناظر ہے۔ جانبی طور پر اس

مستوی کی سرحد الیو کپٹینیل (حرفنی مشطی) خطوط سے بنتی ہے۔ سامنے پیو بیز (عانی ہڈیوں)

کے افقی فروع کے بالائی حاشیوں سے اور پیو بیز (عانی ہڈیوں) کے اجسام اور سمفزیوں

(ارتفاع عانہ) سے بنتی ہے۔

(۲) کیوٹی (کہنف) کا مستوی یعنی سب سے زیادہ پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی،

اس کی سرحد سامنے پیو بیز (عانی ہڈیوں) کے اجسام کے وسط سے اور سمفزی پیوس (ارتفاع

عانہ) سے بنتی ہے۔ پیچھے سیکرم (عجز) کے دوسرے اور تیسرے ٹکڑوں کے اتصال سے بنتی

ہے اور جانبی طرف یہ مستوی اسکیل (ورکی) ہڈیوں میں سے ایسی ٹیولا (فجانات) کے وسط

کے لیول پر گزرتا ہے۔

(۳) کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی سمفزی پیوس (ارتفاع عانہ) کے

زیرین حاشیہ میں سے سیکرم (عجز) کی نوک یا سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (sacro-coccygeal

joint = عجزی عصصی مفصل) میں سے اور جانبی طور پر اسکیل (یوبراسیمز) حدیبات

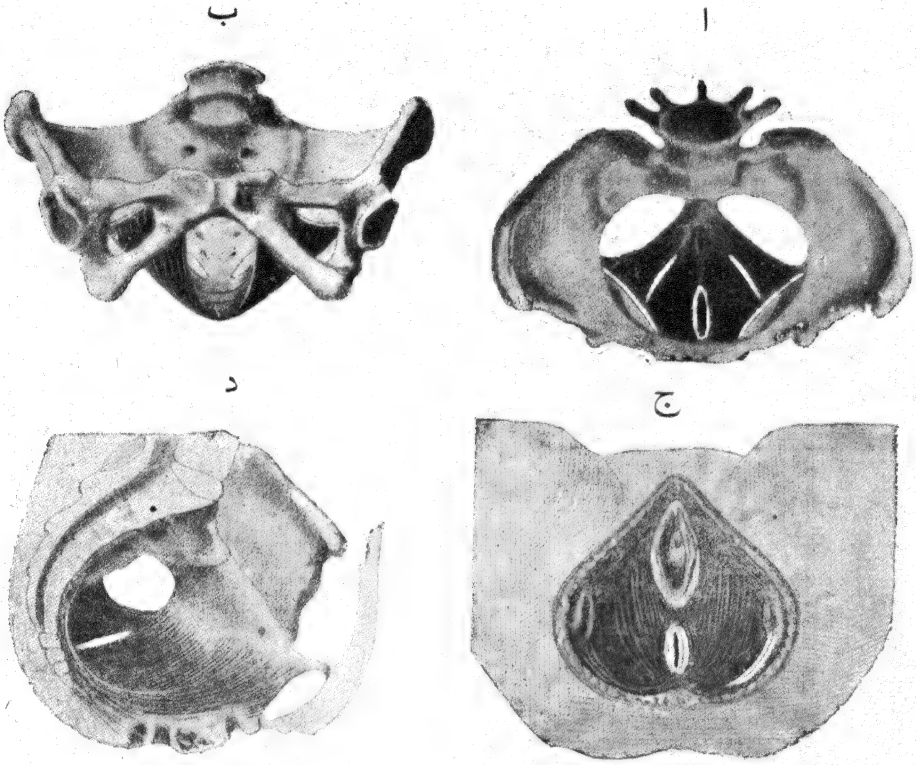
ورکی میں سے گزرتا ہے۔

(۴) اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی یعنی انفیریئر سٹریٹ (تحتانی باب)۔

دو مثلث نما مستویات پر مشتمل ہے جنکی ہر پہچھے کی طرف کا ککس (عصص) کی نوک سے بنتی ہے، جانبی طرف گریٹر سکیٹک لکائنٹز (= greater sciatic ligaments) اعظم عجزی (نسائی رباطات) اور اسکیلٹیو براسٹیر (حدیبات ورکی) سے بنتی ہے اور سامنے کی طرف پیوبک آرچ (محراب عانی) کے زیرین حاشیہ سے بنتی ہے۔

مذکورہ بالا مستوی کا ککس (عصص) کی حرکات کی وجہ سے اس قدر تغیر پذیر ہے کہ صرف اسکیلٹیو براسٹیر (حدیبات ورکی) کے درمیان عرضی قطر کی پیمائش زیادہ اہمیت رکھتی ہیں اور ٹیو براسٹیر (حدیبات) دشوار وضع حمل میں ایک دوسرے سے جدا ہو جاتی ہیں۔ برم (گلر) کا مستوی قبالتی طور پر سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ لیکن اس سے دوسرے درجہ پر ہی کمتر بین ابعاد کے مستوی کی اہمیت ہے کیونکہ عمومی طور پر کانٹر ایکٹڈ پیلووز (= contracted pelves = منقبض حوضوں) اور کانٹر ایکٹڈ اوٹ لیٹ (منقبض مخرج) والی پیلووز (حوضوں) میں جب انسداد پیش آتا ہے تو بالعموم اسی لیول پر پیش آتا ہے۔ اسکیلٹیو براسٹیر (ورکی شوکات) کے درمیان پیمائش لینا دشوار اور در آخر میں تو بے البتہ سیکرو کاسیجیل جوائنٹ (عجزی عصصی مفصل) سے لیکر پیوبس (عانی ہڈیوں) کے زیرین حاشیہ تک کی پیمائش اور اسکیلٹیو براسٹیر (ورکی حدیبات) کے اندرونی حاشیہ کے درمیان کی پیمائش یہ دونوں ملکر بہت عملی اہمیت رکھتی ہیں اور ان سے اس امر کا بخوبی اندازہ ہو سکتا ہے کہ کس قدر جگہ نکل سکتی ہے۔ سیکرم (عجز) کی نوک اور پیوبک سمفوز (ارتفاق عانہ) کے درمیان صحیح فاصلہ کا اندازہ اس طرح لگایا جاسکتا ہے کہ سیکرو کاسیجیل جوائنٹ (عجزی عصصی مفصل) کے بیرون اور سمفوز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین حاشیہ کے درمیان خط کو بذریعہ طول پیمائش کے ناپ کر اس میں سے ایک سنٹی میٹر (۱/۵) اٹخ نہا کر لیا جاتا ہے۔

ہاج (Hodge) کی سطحات مائل۔ مقدمی اور عقبی مائل عظمی مستویات کا محل وقوع ہمیشہ بیان کیا جا چکا ہے یہ مستویات اسکیلٹیو (= ischial) ورکی ہڈیوں پر ایک عید کے علی الترتیب آگے اور پیچھے واقع ہیں جو الیو کیٹل امیٹنس (ترقی مشطی قرار) اور اسکیلٹیو (عظم الورک) کے شوک کے درمیان واقع ہے (تصویر ۴۵)۔ ان کو زیادہ اہم خیال نہیں کیا جاتا۔ اسکیلٹیو براسٹیر (ورکی شوکات) کا درمیانی قطر یعنی ٹرو پیلووس (حوض صادق) کا



تصویر ۲۶

- ۱ پیلوک فلور (حوضی فرش) کے عضلات جیسا کہ اوپر سے دکھائی دیتے ہیں۔
 ب لیویٹرائیائی (رافع المبرن) عضلات کی نانی مناشکل دکھاتی ہے۔
 ج پیلوک فلور (حوضی فرش) کو نیچے سے دکھاتا ہے، پیلوک فلور (حوضی فرش) اُسائے ویجائنا (جہل) کے ذریعہ اور پیچھے رکیم (مستقیم) کے ذریعہ مشقوب دکھایا گیا ہے۔
 د پیلوک فلور (حوضی فرش) کی سہمی تراش ظاہر کرتا ہے جیسا کہ وہ ایک جانب سے نظر آتا ہے اور ویجائنا (جہل) اور رکیم (مستقیم) کے زیریں سروں کے درمیان پرنیل ڈا (perineal body) = عجانی جسم دکھاتا ہے۔

سب سے چھوٹا قطر جس کی مقامیت کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کے مستوی کے ساتھ قریب قریب متنظر ہے ان سے کہیں زیادہ اہم ہے۔

226

پیلوک فلور (حوضی فرش)۔ پیلوک فلور (حوضی فرش) دو لیوٹر ایسائی (levator ani) = رافع المبرز عضلات پر مشتمل ہے۔ وضع حل کے دوسرے مرحلہ میں یہ ایک عضلی ردائی نالی بناتے ہیں جبکہ ویجاٹنا (مہبل) کا فتح نالی کے اطراف کے درمیان سامنے کی طرف رخ رکھتا ہے۔ بلاشبہ پیلوک فلور (حوضی فرش) ایک اہم کام انجام دیتا ہے اور پریزننگ (قطر بقی) حصہ کے نمایاں ترین حصہ کو سامنے کی جانب تشکیل کر پیوبیز (عانی ہڈیوں) کے نیچے کر دیتا ہے۔ اس کے بعد وریکس پریزنٹین (مقی لپٹن) میں نالی سرگورفت کر لیتی اور حالت جمیدگی میں رکھتی ہے، یہاں تک کہ سرنالی کے مقدم فتح کے بازوؤں کے درمیان سے نکل جاتا ہے اور پرینیم (عجان) اور ادپری حصص کو متمد کرتا ہے۔ پھر کروئنگ (crowning) = فلور قتمہ ہونے کے بعد یہ ربط شدگی کے ذریعہ تولد ہو جاتا ہے۔

227

پیلووس (حوض) کا محور

پیلووس (حوض) کا محور ایک خیالی خط ہے جو کہ جنینی سر کے پیلووس (حوض) میں سے گزرتے وقت سر کا مرکز ظاہر کرتا ہے۔ یہ خط اس طرح کھینچا جاتا ہے کہ برم (لگر) کے مستوی اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستوی کے درمیان ٹرو پیلووس (حوض صادق) کے بہت سی پیش پسی قطر لئے جاتے ہیں، اب ایک خط جو کہ ان قطرات کے مرکروں کو ملا دیتا ہے پیلووس (حوض) کا محور ظاہر کرتا ہے۔

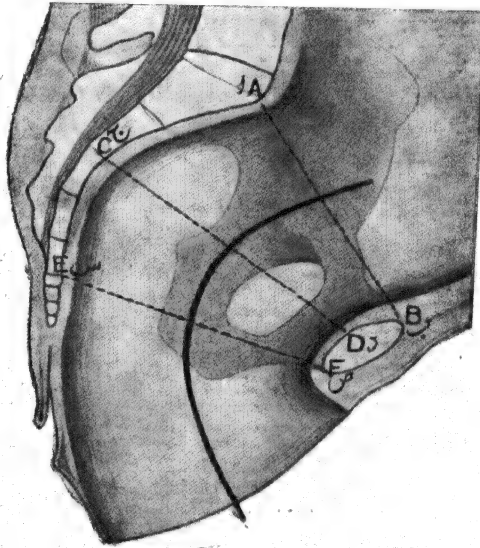
پیلووس (حوض) کا میلان

پیلووس (حوض) کے میلان سے مراد پیلوک برم (حوضی لگر) کے مستوی کا انقشہ تعلق ہے۔ ایسا وہ حالت میں پیلوک برم (حوضی لگر) کا میلان قریب قریب

انقباضی ہوتا ہے اور افق کے ساتھ ۵۵ درجہ کا زاویہ بناتا ہے۔

پیلوس (حوض) کی جسامت

پیلوس (حوض) کی جسامت کے تغیرات سے ممکن ہے وضع حمل کی میکائیت خطرناک حد تک متاثر ہو جائے۔



تصویر ۴ پیلوس (حوض) کا محور

۱ اور ج برم (گلر) کا مستوی ہے۔ ج اور ڈ کیوٹی (کہنہ) کا وسطی مستوی ہے۔ س، ص، اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی ہے۔ سیاہ خط جنینی سر کے مرکز کی مقابیت ظاہر کرتا ہے اس وقت جبکہ سر پیلوس (حوض) میں سے گذر رہا ہوتا ہے۔ یہ خیالی خط پیلوس (حوض) کا محور ظاہر کرتا ہے۔

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) اور وضع حمل پر اس کے اثر کے متعلق پیلوپک

(حوضی) پیمائشوں کی جو اہمیت ہی اکو زمانہ ماضی میں حد سے زیادہ مبالغہ کے ساتھ بیان کیا جاتا تھا۔ لیکن کچھ عرصہ سے رجحان خیال بالکل اس کے برعکس پایا جاتا ہے۔

تاہم یہ امر کہ اندرونی پیلوک (حوضی) پیمائشوں کی کیا اہمیت ہے اور یہ کہ بیرونی پیمائشیں اور ممکنہ اندرونی پیمائشیں لے کر اندرونی پیلوک (حوضی) پیمائشوں کا اندازہ لگانے کی کوشش کرنے کا کیا فائدہ ہے طالب علم کو ذہن نشین کرانے کی ضرورت ہے۔ مذاولت کن دایہ کے لئے یہ چیزیں اور بھی زیادہ اہم ہیں، کیونکہ ان کے ذریعہ وہ ان مریضوں کو جن کو کانٹرکشن آف دی پیلوس (انقباض حوض) ہو شناخت کر سکتی اور مزید طبی امتحان کے لئے منتخب کر سکتی ہے۔ قواعد دایہ کو مجبور کرتے ہیں کہ وہ ایسی مریضوں کو مزید طبی امتحان اور علاج کے لئے پیش کرے۔

یہ کہنا چاہئے کہ کانٹرکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی اصابتوں میں وضع حمل کے انصرام یا امالہ کے متعلق جو مسائل ہیں، وہ اتنا پیلوس (حوض) کی اپنی جاست سے نہیں بلکہ بچہ کے سر اور پیلوس (حوض) کی اضافی جاستوں سے تعلق رکھتے ہیں۔

پیلوس (حوض) کو بیرونی اور اندرونی طور پر ناپا جاسکتا ہے۔

بیرونی پیمائشات - صفحہ 390 پر بیرونی پیمائشات کی اہمیت کا ذکر کیا گیا ہے، اس سلسلہ میں حسب ذیل پیمائشات اہمیت رکھتی ہیں اور ان کو ایک کیلیپر (طول پیمان) کے ذریعہ ناپنا چاہئے۔

انٹیریر انٹرسپائنس (anterior interspinous) = مقدم بین شوکی قطر -
الیا (حرقفوں) کے انٹیریر سوپریور سپائنز (مقدم فوقانی شوکوں) کے درمیان کا فاصلہ
۱۰ اینچ (۲۵ سنٹی میٹر) ہے (تصویر ۱۶۲ الف اور ب)۔

انٹر کریٹل (intercrystal) = بین عرفی (قشری) حرقفی عرفوں کے بعدین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ۱۱ اینچ (۵، ۲۷ سنٹی میٹر) ہے۔ (تصویر ۱۶۱ الف اور ب)۔

اکسٹرنل کانجوگیٹ (external conjugate) = بیرونی مزدوج قطر -
یہ قطر آخری لمبر (قطنی) فقرہ کے شوک کی نوک اور سمفیز پوبس (ارتفاق عانہ) کے بالائی کنارے کے درمیان ناپا جاتا ہے۔ اس کا ناپ $\frac{1}{4}$ ، ۱۱ اینچ (۹ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۳ الف اور ب)۔

انٹروکینٹرک (intertrochanteric) = بین طروخانی (قطر) - گریٹ ٹروکینٹرز (great trochanters) = طروخائے اعظم کی خارجی سطحوں کے درمیان کا فاصلہ $\frac{1}{4}$ انچ (۳۱ سنٹی میٹر) ہے۔

پوسٹیریور انٹرسیپائمنس (posterior interspinous) = عقبی بین شوکی (قطر) - پوسٹیریور سوپیریور سپائنز (posterior superior spines) = عقبی فوقانی شوکوں کے درمیان کا فاصلہ اوسطاً ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۵ ب)۔

طبعی طور پر مقدم انٹرسیپائمنس (مقدم بین شوکی) قطر اور انٹرکریٹل (بین عری) قطر کے طولوں میں ۱ انچ (۵ سنٹی میٹر) کا فرق ہوتا ہے۔ اس سے کم کا فرق بہت سے فلیٹ پیلووز (flattened pelves) = چپے حوضوں میں پایا جاتا ہے لیکن سب میں نہیں۔ اگر یہ فرق طبعی ہو لیکن ان قطروں کی اپنی پیمائشات طبعی پیمائشات سے کم ہوں تو بول (حوض) عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوتا ہے۔ اور اگر دونوں کا فرق بھی اور انچنی اپنی اپنی پیمائش بھی طبعی سے کم ہو تو غالباً پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) اور فلیٹ (چپا) دونوں ہوتا ہے۔

229

اکریٹل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج) قطر کا طبعی سے کسی قدر زیادہ ہونا کچھ اہمیت نہیں رکھتا، کیونکہ آخری لمبر (قطنی) فقرہ کے شوکہ کو نرم حصے ڈھالکتے ہیں اور انکے سبب سے کبھی کبھی اس کی پیمائش میں دشواری پیش آتی ہے۔

اگر آخری لمبر (قطنی) فقرہ کا شوکہ قابل اطمینان طور پر جس نہ کیا جاسکے تو اس کے مقام کا اس طرح اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ پوسٹیریور سوپیریور سپائنز (عقبی فوقانی شوکوں) پر جو کہ پیشہ جس کئے جاسکتے ہیں نشان کر کے ان نشانوں کو ایک افقی خط میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اس خط کے مرکز سے ڈیڑہ انچ (۵.۷ سنٹی میٹر) اوپر ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے۔ سب میں تو نہیں لیکن بعض عورتوں میں پوسٹیریور سوپیریور سپائنز (عقبی فوقانی شوکوں) پر ایک گڑھا دیکھا جاسکتا ہے (بت تراش اسکو سب میں ظاہر کرتے ہیں) ایک کرسٹ (حقیقی عرف) کا بلند ترین نقطہ چوتھے لمبر (قطنی) شوکہ کے لیول پر ہے۔

اندرونی پیمائشات - حقیقی پیلوس (حوض) کی اندرونی پیمائشات تین سمتوں پر لینے کا دستور ہے، ایلٹ (مدخل) یا برم (الگر) کا، کیوٹی (کہنہ) کے وسط کا، اور اولٹ

(مخرج) کا۔ اور ہر متوی پر چار سمتوں میں ناپے کا دستور ہے، پیش پسی، عرضی، دائیں ترحی اور بائیں ترحی۔ دائیں ترحی قطر وہ ہے جو پیلوس (حوض) کے عقب میں دائیں جانب سے شروع ہوتا ہے اور سامنے بائیں جانب پر ختم ہوتا ہے اور محیط اس کے بالعکس۔ ذیل میں اوسط پیمائشات مندرج ہیں:-

پیش پسی ترحی عرضی

ان لیٹ (مخل) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر)

کیویٹی (کھفہ) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر)

اوٹ لیٹ (مخرج) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر) ۱۶ ۱/۲ انچ (۶.۶ انشی میٹر)

کیویٹی (کھفہ) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستویات کے وہ ترچھے قطر جو نرم ساختوں کے درمیان ناپے جاتے ہیں، کوئی عملی اہمیت نہیں رکھتے۔ لہذا اب ان کا مزید بیان نہیں ہوگا۔ بقیہ پیمائشات غلطی نقطوں کے درمیان لی جاتی ہیں، لیکن چونکہ زندگی کی حالت میں ہڈیاں نرم ہوتی ہیں، لہذا مندرجہ بالا فاصلے مکمل طور پر صحیح نہیں ہیں، بلکہ ان قطرات سے جو کہ واقعی کام آتے ہیں غالباً ایک چوتھائی انچ بڑے ہوں گے۔

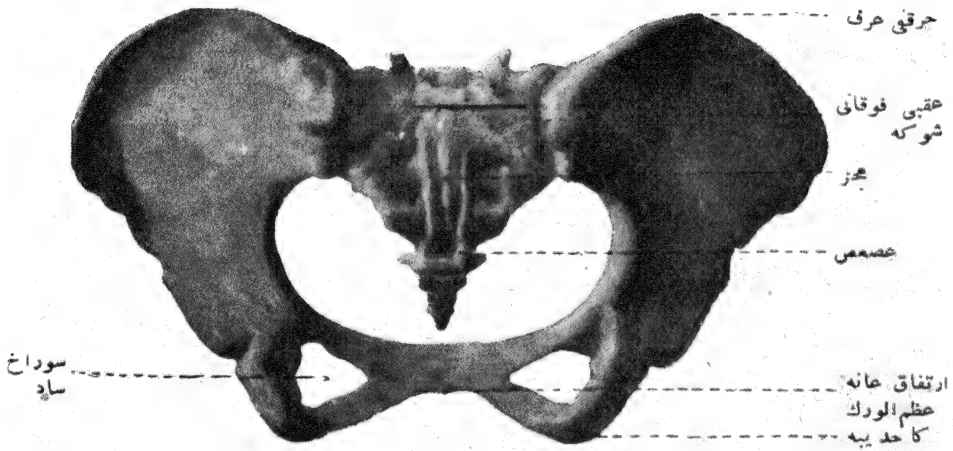
سکروکائی لائڈ (sacro-cotyloid = عجزی کاس نما) قطر۔ یہ نام ان دائیں اور بائیں دو قطروں کو دئے گئے ہیں جو کہ ہر طرف، سیکرل پر انٹری (عجزی طیف) کے وسطی نقطہ سے لے کر کیوکسپٹیل امی نس (حرقفی شطی فراز) تک جاتے ہیں (دیکھو تصویر ۳۴ صفحہ 221)۔

یہ قطرات ظاہر کرتے ہیں کہ جب جنینی سر آکسپٹوپوسٹیریر (occipito-posterior = قذالی عقبی) وضع میں ہوتا ہے، تو اس کے بائی پیرائل (جدارینی) قطر کو جگہ دینے کے لئے فطری طور پر کس قدر فضا حاصل ہو سکتی ہے۔ آکسپٹوپوسٹیریر (قذالی مقدمی) وضع میں بائی پیرائل (جدارینی) قطر بزم (کگر) کے کشادہ تر ترچھے قطر میں واقع ہوتا ہے چنانچہ آکسپٹوپوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع میں بائی پیرائل (جدارینی) قطر کسی قدر بچھ جاتا ہے۔ اگر پیلوس (حوض) فلیٹڈ (چپٹا) ہو تو یہ صورت حالات اور بھی شدید ہو جاتی ہے۔ اب اگر سر کی عقبی وضع بھی ہو اور اس کا بائی پیرائل (جدارینی) قطر پیلوس (حوض) کے زیادہ چھوٹے سکروکائی لائڈ (عجزی کاس نما) قطر میں پڑا ہو، تو مزید بڑا شدہ ہو جاتا ہے اور بزم

(گلر) پر مرتب نہیں ہو سکتا، اور جب بھی یا وجہی پر ریٹیشن (تطریق) واقع ہو جاتی ہے۔

ان لتیٹ (مدخل) کے مستوی پر پیمائشات۔

پیش پسی قطر جو بعض اوقات ٹرو کا بھوگیٹ (true conjugate = صادق مزدوج) کہلاتا ہے۔ یہ قطر سیکرم (عجز) کی پرمانٹری (طنف) سے لیکر سمفیز پوبس (ارتفاق عانہ) کی عقبی سطح پر کے قریب ترین نقطہ تک ناپا جاتا ہے۔ یہ ان لیٹ (مدخل) کا سب سے چھوٹا قطر ہے (تصویر ۴۹۹ء کتاب)۔
برم (گلر) کا پیش پسی قطر ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں ہر وقت اور پرمی گریوڈا (اولیس ولادت والی عورتوں) یا اکثر پرمی گریوڈا (اولیس ولادت والی عورتوں) کے عمل کے آخری چار پانچ ہفتوں میں، خاصی صحت کے ساتھ دریافت کیا جاسکتا ہے۔
طریقہ یہ ہے کہ دائیں ہاتھ کو مبسوط کر کے اس کی پہلی دو انگلیوں کو اوپر کی طرف سیکرم (عجز) کی جانب گزارا جاتا ہے اور انگشت شہادت اور انگوٹھے کے درمیان کی فضا کو سامنے



تصویر ۴۹۸ء۔ مونث پیلوس (حوض) جبکہ اس کو نیچے سے دیکھا جائے۔ سیاہ خط پوسٹیریر انٹرسپائنس (posterior interspinous = عقبی بین شوکی) قطر ظاہر کرتا ہے جو کہ ۴ اینچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہے۔

پیوبک آرچ (عانی محراب) پر مضبوطی کے ساتھ رکھ دیا جاتا ہے۔ پھر بائیں ہاتھ کی پہلی انگلی کے

ذریعہ وائیں انگشت شہادت پر ایک ایسا مقام نشان زد کیا جاتا ہے کہ جب دھری وائیں انگلی کی نوک سیکرل پر امانتری (عجری طنف) پر ہو تو یہ مقام پیوبک آرج (عانی محراب) سے چھوٹا ہو سیکرل پر امانتری (عجری طنف) ہمیشہ اس سے زیادہ آگے واقع ہوتی ہے کہ جتنی توقع کی جاتی ہے۔ اس طرح جو پیمائش دریافت ہوتی ہے وہ ڈایاگل کا نجوگیٹ (وتری مزدوج) ہے۔ اگر اس سے سہ انچ وضع کر لیا جائے تو ٹرو کا نجوگیٹ (صادق مزدوج) کا وہ طول دریافت ہوتا ہے جو کہ کارآمد ہے۔

یہ پیمائش تمام پیلوٹ (حوضی) پیمائشوں میں سب سے زیادہ اہم ہے۔
ترجھا قطر۔ داہنا ترجھا قطر داہنے سیکروایک (sacro-iliac = عجری حرقنی) مفصل سے لے کر بائیں ایوپکسٹیل امی نس (حرقنی منٹلی فراز) تک، اور بائیں ترجھا قطر بائیں سیکروایک (عجری حرقنی) مفصل سے لے کر داہنے ایوپکسٹیل امی نس (حرقنی منٹلی) فراز تک ناپا جاتا ہے۔ (تصویر ۲۹ ج سے لے کر د تک)۔

231

عرضی قطر۔ یہ قطر ایوپکسٹیل (حرقنی منٹلی) خطوط کے درمیان کا سب سے بڑا فاصلہ ہے۔ (تصویر ۲۹ ص سے ص تک)۔

کیوٹی (کھفہ) کے وسطی مستوی پر پیمائشات۔

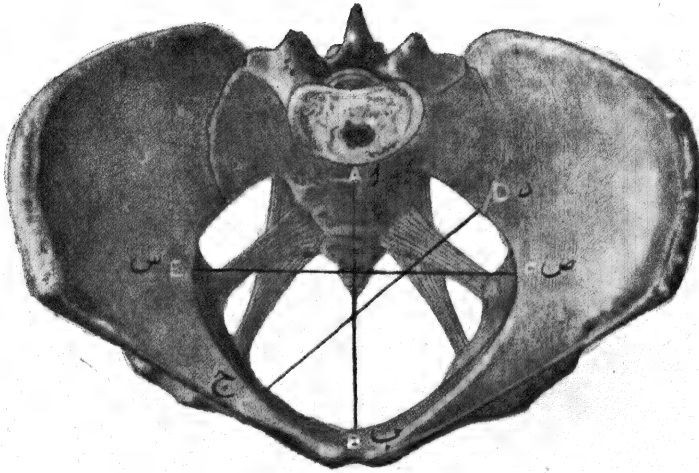
پیش پسی قطر۔ یہ قطر سمفزیپوبس (ارتفاق عانہ) کی عقبی سطح کے مرکز سے لیٹر دوسرے اور میسرے سیکرل (عجری) نفقات کے اتصال کے وسط تک ناپا جاتا ہے۔
عرضی قطر۔ یہ قطر ان جیوڈ کے درمیان لیا جاتا ہے جو اسکیل (ورک) غظام کی اندرونی سطح پر کے مال مستویات کو ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔

اوٹ لیٹ (منحج) کے مستوی پر پیمائشات۔

پیش پسی۔ یہ قطر سمفزیپوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین کنارے کے مرکز سے لیٹر کاکس (عصص) کی نوک تک لیا جاتا ہے۔

اس سے زیادہ مفید اور زیادہ عملی پیمائش وہ ہے جو کہ کمترین ابعاد کے مستوی کے اگلے اور پچھلے نقطوں کے درمیان ہے، یعنی پیوبک آرج (عانی محراب) کے زیرین

ماشہ سے لیکر یکرم (عجز) کی نوک یا سیکر و کاسیجیل جائنٹ (عجزی عصصی مفصل) تک ہے۔
 بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس کو کیلیپر (طول پیم) کے ذریعہ لیکر و کاسیجیل جائنٹ (عجزی
 عصصی مفصل) کی بیرونی سطح تک لایا جائے۔ اگر اس بیرونی پیمائش سے ایک سنٹی میٹر
 (۱/۱۰ انچ) وضع کر لیا جائے، تو خاصی صحت کے ساتھ اندازہ ہو سکتا ہے کہ اندرونی طور پر
 کتنی قدر فضا کارآمد ہے۔



تصویر ۴۹۔ مونٹ پیلوس (حوض) کا منظر برم (گگر) کے محور میں۔
 ۱ اور ب۔ برم (گگر) کا پیش پس قطر ۱/۴ م انچ (۶۔۶ سنٹی میٹر)
 ج اور د۔ برم (گگر) کا بایاں ترچھا قطر ۱/۴ م انچ (۶۔۶ سنٹی میٹر)
 س اور ص۔ برم (گگر) کا عرضی قطر ۱/۴ م انچ (۶۔۶ سنٹی میٹر)

پیش پس کو اور عرضی پیمائش کو ملانے کا یہ فائدہ ہے کہ اوٹ لیٹ کانٹریکشن
 (outlet contraction = انقباض مخرج) میں اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ کس قدر فضا
 کارآمد ہے۔

232

عرضی قطر۔ یہ پیمائش اسکیم (عظم الورک) کی ٹیوبر اسٹینز (حدیہوں) کا اندرونی
 سطحوں کے درمیان لیجائی ہوئی تصویر ۴۹ ج تا د کی چھٹی سہمی فضا عرضی قطر کے پیچھے واقع ہوتی ہے، اس کی

جمامت سے یہ اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ ایک فنل ٹیڈ پیلوئس (=funnel-shaped pelvis) قیف نما حوض) میں سر کے گزرنے کے لئے اوٹ لیٹ (مخرج) پر کس قدر جگہ کارآمد ہے۔ (تصویر ۴۲ ج ۵۱)

دوران حیات میں اکثر اندرونی پیاٹشات کا صحیح طور سے ناپنا نامکن ہے۔ وضع حمل کے فوراً بعد ان لیٹ (مدخل) کے مستوی پر ٹرو کا بنجو گیٹ (مزدوج صادق) اور عرضی قطر سرمری طور پر دریافت کیا جاسکتا ہے (دیکھو صفحہ 396)۔ اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستوی پر پیش پس اور عرضی قطر ایک خاص آلہ کے ذریعہ لئے جاسکتے ہیں (دیکھو صفحہ 395)۔ اوٹ لیٹ (مخرج) کے عرضی قطر کو ناپنے کا ایک آسان طریقہ یہ ہے کہ بند کی ہوئی مٹھی کو اسکیم (عظم الورک) کی ٹیوبرا سٹینز (حدیبات) کے درمیان گھسایا جاتا ہے۔ اگر مٹھی طبعی جمامت کی ہے اور اس کو ٹیوبرا سٹینز (حدیبات) کے درمیان گھسایا جاسکتا ہے تو اوٹ لیٹ (مخرج) کے عرضی قطر کے متعلق یہ فرض کیا جاسکتا ہے کہ یہ کم از کم طبعی جمامت لگائے۔

تاہم سب سے اہم پیاٹش یعنی ان لیٹ (مدخل) کے مستوی پر ٹرو کا بنجو گیٹ (صادق مزدوج) کے طول کا اندازہ اسی امتحان کے ذریعہ سے سرمری طور پر کسی وقت بھی کیا جاسکتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ ڈایاگلنل کا بنجو گیٹ (وتری مزدوج) سے کہ جس کا ناپ ۴۲ انچ (۱۰۶ سینٹی میٹر) ہونا چاہئے، پہلے ایچ (۷) سینٹی میٹر ہٹا کر دیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 394)۔ بمقابلہ مذکور حوض کے مونٹ حوض میں۔

بائیاں زیادہ نازک اور چکنی ہوتی ہیں۔
ٹرو پیلوئس (حوض صادق) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔
فالس پیلوئس (حوض کاذب) زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔
پیوبک انرج (عانی محراب) زیادہ وسیع ہوتی ہے۔
سمفزی پیوبس (ارتفاق عانہ) اتنا گہرا نہیں ہوتا۔

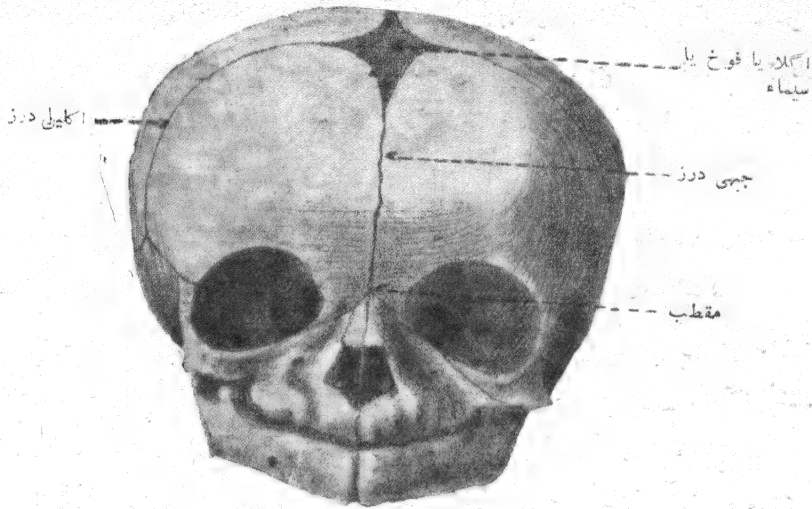
ان لیٹ (مدخل) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے قطر زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔
مفاصل زیادہ متحرک ہوتے ہیں۔

برم (گلر) اور ان لیٹ (مدخل) کے الفاظ عموماً مترادفات کے طور پر استعمال ہوتے ہیں۔ مگر ان میں خفیف سا فرق یہ ہوتا ہے کہ برم (گلر) کی مقدم سرحد سمفزی پیوبس (ارتفاق عانہ) کا بالائی کنارہ بناتی ہے، لیکن ان لیٹ (مدخل) کی مقدم سرحد

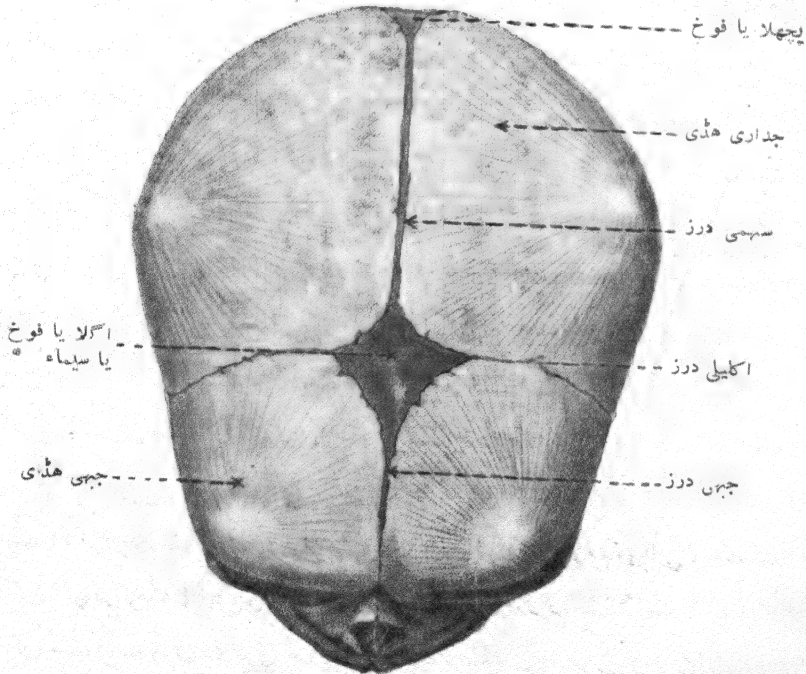
کسی قدر زیادہ زیریں لیول پر واقع ہوتی ہے، یعنی یہ سمفنز (ارتفاق) کی پشت پر وہ نقطہ ہے جو سبکرم (عجز) کی پرامانٹری (طنف) کے قریب ترین ہوتا ہے۔

باب بست چہام جنینی ججہ کی تشریح

قبالتی نقطہ نظر سے دکھاجائے، تو جنینی ججہ کو کاسہ سر، چہرہ، اور قاعدہ میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ درون رحمہ زندگی کے دوران میں نخلس قاعدہ اور چہرہ کی ہڈیوں میں زیادہ تکمیل سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ولادت کے وقت یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے محکم طور پر جڑی ہوتی ہیں۔ لیکن کاسہ سر کی ہڈیاں اتنی متعظم نہیں ہوتیں، اور جب بچہ پیدا ہوتا ہے تو وہ صرف ایک پتلی غیر متعظم جھلی کے ذریعہ جڑی ہوتی ہیں۔ اس اختلاف کو کاسہ سر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ چہرہ اور قاعدہ کی ہڈیاں ناقابل انضغاط ہوتی ہیں اور مڈولا (medulla = لب) کے حیوی مرکزوں کو جن کو وہ محیط ہوتی ہیں نقصان نہیں پہنچ سکتا لیکن کاسہ سر انضغاط پذیر ہوتا ہے لہذا جب ججہ پسیلوس (حوض) سے گزرتا ہے تو ججہ کی جسامت گھٹ سکتی اور شکل تبدیل ہو سکتی ہے اور اس ذریعہ سے ججہ کے اخراج میں بہت سہولت پیدا ہوتی ہے۔ یہ تخفیف جسامت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ جنین کے بیچے میں جو سیربرو پائل فلونڈ (وماغی نخاعی سیال) اور خون پایا جاتا ہے، وہ انضغاط سے جسم کے دیگر حصوں میں چلا جاتا ہے۔ شکل کی تبدیلی یعنی وہ جسے انضغاط کہتے ہیں، اس کا سبب کاسہ سر کی ہڈیوں کی لینت اور ان کو جوڑنے والے اغشیہ کی موجودگی ہے، اس سے ایک ہڈی دوسری ہڈی پر مٹا کر اکٹرا ہو جاتی ہے۔ سر کے گزرنے کے دوران میں مثلاً پہلی ورٹیکس پر ریٹیشن (خمی تظریقی) میں پرائٹل (جداری) ہڈیاں فرائٹل (جہبی)،



تصویر ۵۰ - جنینی جگر



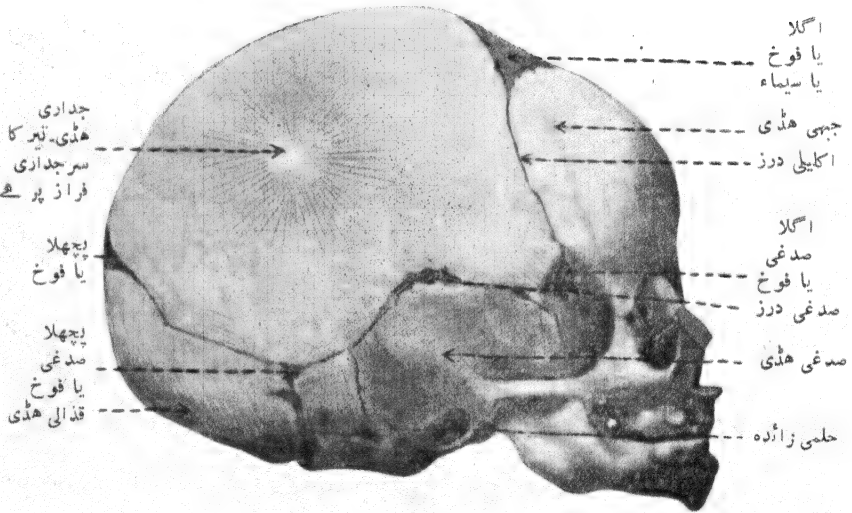
تصویر ۵۱ - جنینی جگر

آکسیٹل (قذالی) اور ٹمپریل (صدغی) ہڈیوں پر تراکب ہوتی ہیں، اور داہنی پیرائٹل (جداری) ہڈیوں پر تراکب ہوتی ہے۔ سر کی شکل کا اس طرح معتد بہ طور پر متغیر ہو جاتا ان تصاویر اور بیانات سے دیکھا جاسکتا ہے جو صفحات 302، 316 اور 323 پر دئے گئے ہیں۔

جنینی حجمہ کا کاسہ سر۔ جنینی حجمہ کے کاسہ سر کو جو بعض ہڈیوں، درزوں اور فائینلز (یا فوخوں) پر مشتمل ہوتا ہے، ذرا زیادہ تفصیل سے بیان کرنے کی ضرورت ہے۔

ہڈیاں۔ جنینی حجمہ کی وہ ہڈیاں جو کاسہ سر بناتی ہیں یہ ہیں دو پیرائٹل (جداری) ہڈیاں، اور آکسیٹل (قذالی) فرائٹل (جہبی) اور ٹمپریل (صدغی) ہڈیوں کے بعض حصے۔ پیدائش کے وقت فرائٹل (جہبی) ہڈی دو مساوی حصوں میں تقسیم شدہ ہوتی ہے۔ درزیں۔ وہ غیر متعظم اغشیہ جو کاسہ سر کی مختلف ہڈیوں کو جوڑتے ہیں، درزیں کہلاتے ہیں۔

234



تصویر ۵۲۔ عقبی فائینٹل (یا فوخ) اور عقبی ٹمپریل فائینٹل (صدغی یا فوخ) کے درمیان لیمبائیڈل (lamboidal = لمبڈوی) درز۔

235

۱۔ سیجٹل (sagittal = سہمی) درز جو پیرائٹل (جداری) ہڈیوں کے فوقانی کنارہ

جوڑتی ہے۔

۲۔ فرائنل (جہی) درز، جو سیمپٹل (سہمی) درز ہی کا تسلسل ہوتا ہے اور فرائنل (جہی) ہڈی کے دو حصوں کو جوڑتا ہے۔

۳۔ لیمباڈل (=lamboideal = قمدوی) درز، جو دو پیرائنل (جداری) ہڈیوں کے عقبی کناروں کو آکسیپٹل (قذالی) ہڈی سے جوڑتی ہے۔

۴۔ کارونل (=coronal = اکیلی) درز، جو پیرائنل (جداری) ہڈیوں کے اگلے کناروں کو فرائنل (جہی) ہڈیوں سے جوڑتی ہے۔

۵ اور ۶۔ ٹمپورل (صدغی) درز، جو ٹمپورل (صدغی) ہڈیوں کے اسکومس (=squamous) فلسمانی حصوں کو پیرائنل (جداری) ہڈیوں کے زیرین کناروں سے

جوڑتی ہیں۔ فانیٹیلز (یا فوخ)۔ مختلف درزوں کے نقاط اتصال، فانیٹیلز (یا فوخ) کہلاتے ہیں، اور یہ تعداد میں جھد ہیں۔

۱۔ اگلا فانیٹیل (یا فوخ)؛ وہ جگہ ہے جہاں کہ سیمپٹل (سہمی) فرائنل (جہی) اور کارونل (اکیلی) درز ملتے ہیں۔

۲۔ پچھلا فانیٹیل (یا فوخ)؛ وہ جگہ ہے جہاں سیمپٹل (سہمی) اور لیمباڈل (قمدوی) درز ملتے ہیں۔

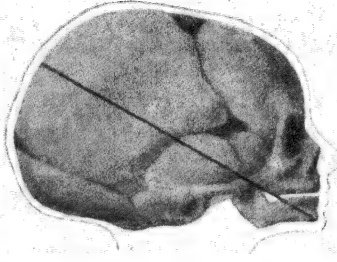
۳ اور ۴۔ اگلے ٹمپورل فانیٹیل (صدغی یا فوخ)؛ ٹمپورل (صدغی) اور کارونل (اکیلی) درزوں کے اتصال پر واقع ہیں۔

۵ اور ۶۔ پچھلے ٹمپورل فانیٹیل (صدغی یا فوخ)؛ جو ٹمپورل (صدغی) اور لیمباڈل (قمدوی) درزوں کے اتصال پر واقع ہوتے ہیں۔

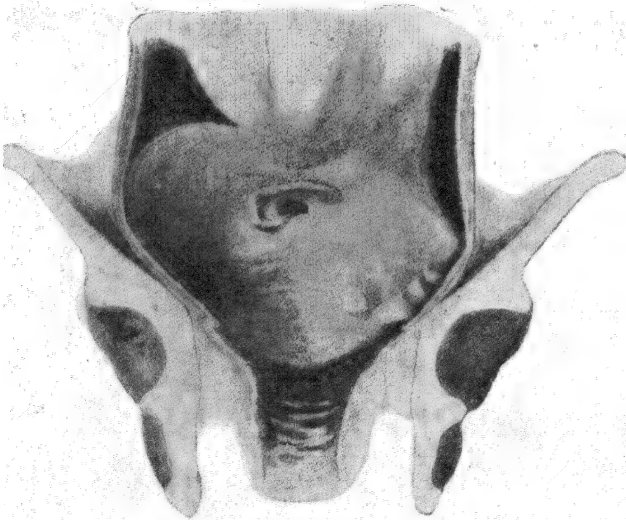
قبالتی نقطہ نظر سے صرف مقدم اور عقبی فانیٹیل (یا فوخ) اہم ہیں۔ ان کی مقامیت سے یہ معلوم ہو سکتا ہے کہ کسی پٹ (قذال) کا رخ کس طرف ہے، اور سر میں کس قدر خمیدگی یا بسط کردگی واقع ہوئی ہے۔

مقدم فانیٹیل (یا فوخ) یعنی برگما (=bregma) سیما) آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ وہ بڑے کیپٹ سکلیڈ نیم (=caput succedaneum) سابیہ) سے پوشیدہ

نہ ہو گیا ہو۔ دونوں فائنٹیلز (یا فوخن) میں سے یہ زیادہ بڑا اور تقریباً قمری شکل کا ہوتا ہے اور اس میں چار درزیں آکے ملتے ہیں۔ پیدائش کے وقت یہ ہمیشہ کھلا رہتا ہے اور تقریباً



تصویر ۵۳۔ الف۔ وریکو مینٹل (قوی ذقنی) قطر ۵ انچ (۱۳.۱ سنٹی میٹر)۔



تصویر ۵۳۔ ب۔ یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک برو پرزینٹیشن (جبینی طریق) میں کونسا قطر پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

بیس مہینوں میں بند ہوتا ہے۔ عقبی فائنٹیل (یا فوخن) مثلی شکل کا ہوتا ہے اور اس میں تین

ورزیں آکر ملتی ہیں۔ بیشتر صورتوں میں پیدائش کے دوران میں اس کو بطور ایک فضا کے نہیں محسوس کیا جاسکتا اور بعد میں یہ جلد ہی بند ہو جاتا ہے۔ ٹمپورل فائنٹیل (صدغی یا فوخ) بالعموم محسوس نہیں کئے جاسکتے اور اس لئے یہ سر کی مقامیت تشخیص کرنے میں کچھ مدد نہیں دیتے۔ کبھی کبھی کسی ایک پریقی فائنٹیل (یا فوخ) کا مغالطہ ہو جاتا ہے۔

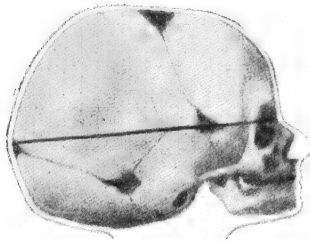
جنینی حجمہ کے قطر

237

بڑے بڑے قطر جو وضع محل کی میکائیت سے تعلق رکھتے ہیں اس طرح تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ طویٰ انتصابی اور عرضی۔

طولی قطر

ورٹیکو مینٹل (vertico-mental = قمی ذقنی)۔ یہ قطر ٹھڈی کی نوک سے



تصویر ۵ الف۔ ایکٹیو فرائٹل (قذالی جہی)
قطر ۲۱ انچ (۱۱.۶۲ سنٹی میٹر)۔

شروع ہوتا ہے اور ورٹکس (vertex = قمہ) پر کے بعد ترین نقطہ تک جو بہ نسبت مقدمی فائنٹیل (یا فوخ) کے عقبی فائنٹیل (یا فوخ) سے زیادہ قریب ہوتا ہے، ختم ہوتا ہے۔ یہ ۵ ۱/۲ انچ (۱۳.۶۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵ الف) یہی وہ قطر ہے جو کہ بروریٹیشن (brow presentation = جبینی تطریق) میں پیلوں (حوض) کے دار پار واقع ہوتا ہے

اس وقت جبکہ سر خمیدگی اور بسط کروگی کے درمیان ہوتا ہے (تصویر ۵۲ ب)۔
 آپکسٹو پوسٹیریل (قذالی جہبی)۔ ناک کی جڑ سے لے کر عقیقی فانیئل (یا فوخ) تک
 ناپا جاتا ہے اور ۴ ۱/۴ انچ (۱۱.۶۲ سینٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۴ الف)۔ یہی وہ قطر ہے جو ایک



تصویر ۵۴ ج

ظاہر کرتی ہیں کہ ایک غیر ترجیح شدہ آپکسٹو پوسٹیریل (قذالی عقیبی)
 وضع میں اولیس آئندہ سر کی غیر مکمل خمیدگی میں کونسا قطر ہیوس (حوض)
 کے واپار پڑتا ہے۔

تصویر ۵۴ ب

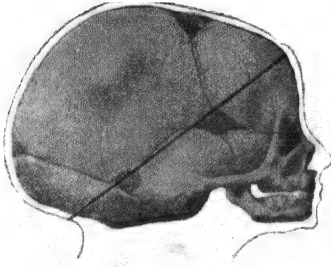
غیر مرجع آپکسٹو پوسٹیریل (occipito-posterior = قذالی عقیبی) وضع میں اولیس آئندہ
 سر کی غیر مکمل خمیدگی میں ہیوس (حوض) کے واپار پڑتا ہے (تصویر ۵۴ ب اور ۵۴ ج)۔

انتصابی قطر

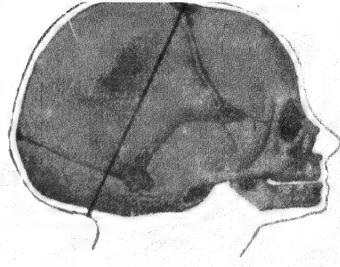
238

اس عنوان کے تحت بیان کردہ سب قطروں کے متعلق یہ نہیں کہا جاسکتا کہ وہ مطلقاً
 انتصابی ہوتے ہیں، تاہم وہ طولی ہونے کی نسبت زیادہ انتصابی ہوتے ہیں۔
 سب آپکسٹو بregmatic (suboccipito-bregmatic = زیر قذالی سیما)۔

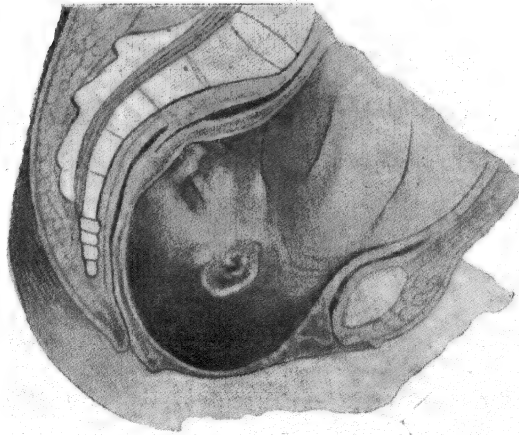
یہ پیچھے سر اور گردن کے اتصال سے لے کر مقدمی فائنٹیل (یا فوخ) کے مرکز تک ۳۳ انچ (۹.۳ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۵ الف)۔ یہ وہ قطر ہے جو پیلیوس (حوض) کے واپار اسوقت آتا ہے جب کہ مکمل طور پر خمیدہ ہوتا ہے (تصویر ۵۵ ب)۔



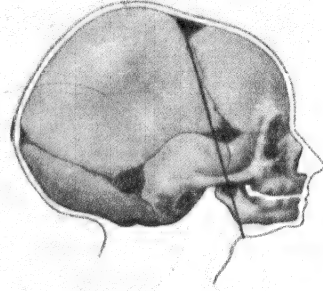
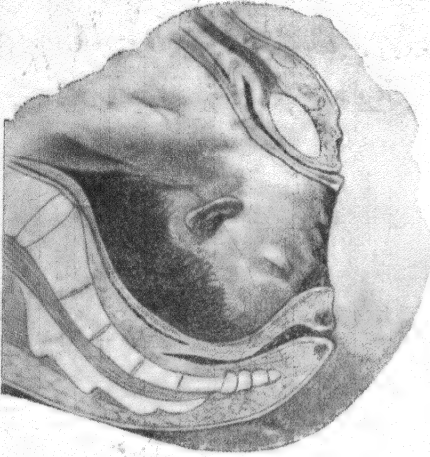
تصویر ۵۵ ج۔
سب آپٹوفرنٹل (زیر قذالی جہی) قطر
۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر)۔



تصویر ۵۵ الف۔
سب آپٹوفرنٹل (زیر قذالی سیائی) قطر
۳۳ انچ (۹.۳ سنٹی میٹر)۔

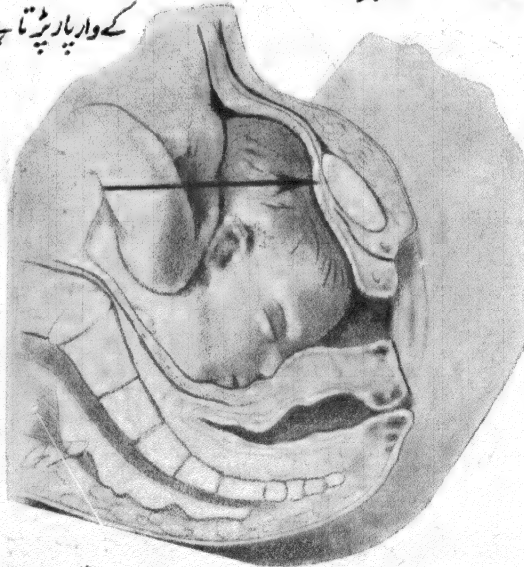


تصویر ۵۵ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب مکمل طور پر خمیدہ ہو تو پیلیوس (حوض) کو واپار کو قطر بناتا ہے اگر مبالغہ اچھی طرح خمیدہ نہ ہو تو سب آپٹوفرنٹل (زیر قذالی جہی) قطر ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے پیلیوس (حوض) کے واپار پڑتا ہے او طبی وکس (قمہ) کی ولادت کے دوران میں ولول (فرجی) دہنہ کو متدد کرتا ہے۔



تصویر ۵۶ ب یہ ظاہر کرتی ہے کہ منہ پر زینٹیشن (دبجائی) میں جبکہ سر مکمل طور پر بسط شدہ ہو، کونسا قطر پیلیوس (عوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

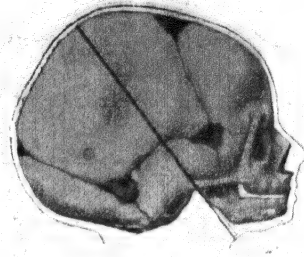
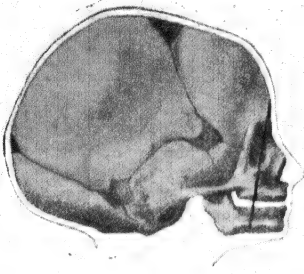
تصویر ۵۶ الف۔ سب نیٹو ریمیکسک (زیر وقتی سیالی) قطر ۱۳ ۱/۲ انچ (۹،۳ سٹی میٹر)۔



تصویر ۵۵۔ موٹا مینٹو پیسٹیر (ذاتی عقبی) وضع۔ یہ ظاہر کرتی ہے کہ جب چہرہ تطریق کر لایا ہو اور ٹھڈی عقب میں ہو، تو کونسا قطر پیلیوس (عوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

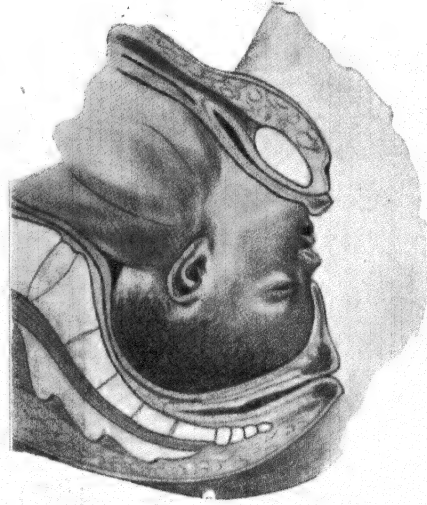
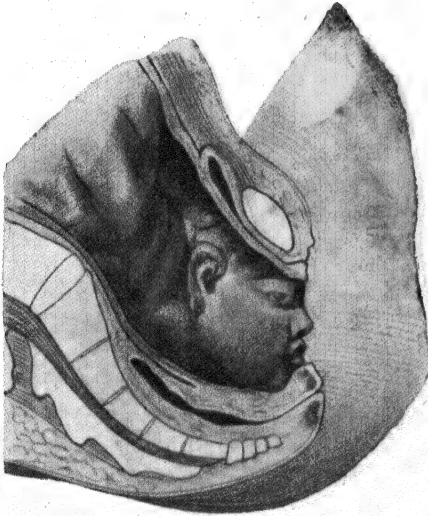
سب اکسیٹو فرانتل (suboccipito-frontal = زیر قذالی جبھی) - پیچھے
سراور گردن کے اتصال سے لے کر پیشانی کے ابھارتک یہ سہ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ یہی وہ
قطر ہے جو پیلوس (حوض) کے اس وقت وار پار آتا ہے جبکہ سر مکمل طور پر نمیدہ نہیں ہوتا (تصویر ۵۵ ج)۔

240



تصویر ۵۹ الف - سینٹونیزل (ذوقنی انفی) قطر
۱ ۱/۴ انچ (۴ سنٹی میٹر)

تصویر ۵۸ الف - سب مینوٹیکل (زیر ذوقنی قمی)
قطر ۱ ۱/۴ انچ (۴ سنٹی میٹر)۔

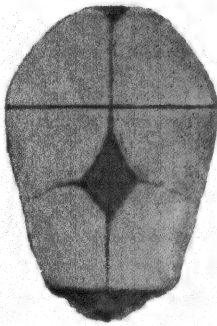


تصویر ۵۹ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب کہ بیو کلازم
(تفتیت) کے علیہ کے بعد کھیلے ہوئے سر کو ولادت
کرائی جاتی ہے تو اسکے لیے چہرہ کا انتضالی طریقہ کیا جاتا ہے۔

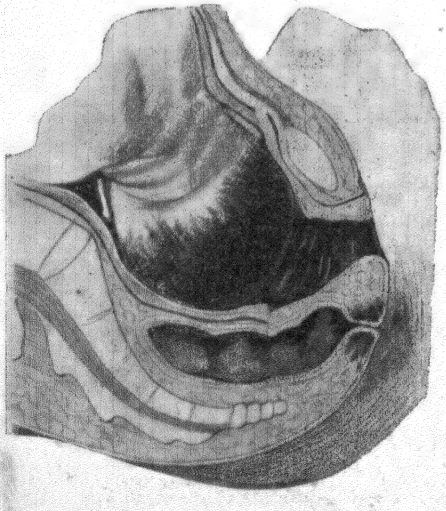
تصویر ۵۸ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب چہرہ بطریق کر رہا ہو
اور ششک طرح بے طشہ نہ ہو تو کون قطر پیلوس
(حوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

سب مینٹو بریگیٹک (submento-bregmatic = زیر ذقنی سیمائی) - سنا
 سر اور گردن کے اتصال سے لے کر مقدمی فانتیل (یا فوخ) (یعنی بریگما: bregma = سیما)
 کے وسط تک یہ ۳۳ انچ (۶۳ و سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۵۶ الف)۔ یہ قطر پیلوس (حوض)
 کے اس وقت وار پار آتا ہے جبکہ چہرہ کی قطریں سر کی پوری بسط شدگی کی تہ ہوتی ہے (تصویر ۱۵۶ ب)۔
 سب مینٹو وریٹیکل (submento-vertical = زیر ذقنی قوسی) - سامنے سر اور
 گردن کے اتصال (تصویر ۱۵۸ الف) سے لے کر وریٹیکس (قمہ) کے اوپر بعید ترین نقطہ
 تک ۴۱ انچ (۱۰۶ و سنٹی میٹر)۔ یہ قطر پیلوس (حوض) کے وار پار اس وقت آتا ہے جبکہ
 چہرہ قطریں کرتا ہوتا ہے اور سر مکمل طور پر بسط کردہ نہیں ہوتا (تصویر ۱۵۸ ب)۔ نیز ولادت

241



تصویر ۱۶۰ الف
 بائی پرائٹل (دو جداری) قطر ۳۳ انچ
 (۶۳ و سنٹی میٹر)۔

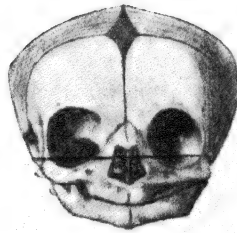


تصویر ۱۶۰ ب
 ظاہر کرتی ہے کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس
 (چپٹے حوض) میں سب سے بڑا قطر
 کونسا ہوتا ہے جو برم (گلگر) کے عرضی
 قطر میں داخل ہوتا ہے۔

کے وقت یہ ولوا (فرج) کو بھی متھو کر دیتا ہے۔
 مینٹو نیرل (mento-nasal = وقنی انفی)۔ ٹھڈی کی نوک سے لے کر
 فرائل (جہی) ہڈی کے آرٹل پلیٹ (orbital plate = مجری صفحہ) تک ۱/۴ اینچ (۲/۳
 سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۹ الف)۔ یہ چہرہ کا انتصابی قطر کہلاتا ہے اور کرینیو کلازم
 (cranioclasm = حجم شکنی) کے عمل کے بعد کچلے ہوئے سر کو نکالنے کے لئے کام میں
 لایا جاتا ہے (تصویر ۵۹ ب)۔

عرضی قطر

بانی پرائٹل (bi-parietal = دو جداری)۔ پرائٹل انکس (parietal
 eminence = جداری فراز) پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ۳/۳ اینچ
 (۹/۳ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۰ الف)۔ یہ سب سے بڑا قطر ہے جو ایک چپٹے پیلووس (حوض)
 کی برم (گلر) کے اگلے پچھلے قطریں داخل ہوتا ہے (تصویر ۶۰ ب)۔
 بانی ٹمپورل (bi-temporal = دو صدغی)۔ کارونل (اکلیلی) درز پر دو
 بعید ترین نقطوں سے لیا جاتا ہے اور ۳/۳ اینچ (۹/۳ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔

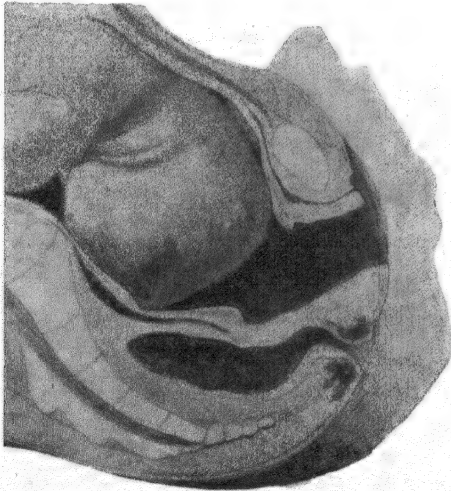


تصویر ۶۱۔ بانی میٹڈ (دو علی) قطر ۳/۳ اینچ (۹/۳ سنٹی میٹر)۔ اس کا قاعدہ ناقابل انقباض ہے۔
 چونکہ بانی میٹڈ (دو علی) قطر کو کسی قبالتی عمل کے ذریعہ کم کرنا ممکن نہیں لہذا انڈیٹڈ
 پیلووس (چپٹے حوض) کا برم (گلر) پر ایک قطر کم از کم ۳/۳ اینچ ہونا چاہئے اور ایک عمومی
 طور پر کان ٹریٹڈ پیلووس (منقبض حوض) کا کوئی قطر ایسا نہ ہونا چاہئے جو
 ۳ اینچ سے کم ہو تاکہ کچلے ہوئے سر کی تخریج کی جاسکے۔

بانی میٹائڈ (bi-mastoid = دو علمی) بیٹمپورل (صدغی) ہڈی کے میٹائڈ پروسسر (mastoid processes = علمی زائموں) کے اوپر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ہوتا ہے، ۳ انچ (۵.۷ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۱)۔

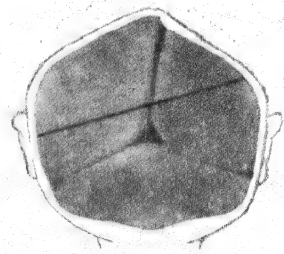
سوپر پرائٹل سب پرائٹل (superparietal-subparietal) = فوق جدائی (تحت جدائی)۔ ایک پرائٹل امی نٹس (جداری فراز) کے اوپر سے لے کر دوسرے پرائٹل امی نٹس (جداری فراز) کے نیچے تک، ۳ انچ (۷.۶ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۲ الف)۔ یہ وہ عرضی قطر ہے جو کہ فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) کی صورت میں سر کی جانی خمیدگی (نیگلگی Nægele: کے ترچھے پن) کی وجہ سے پیلوس (حوض) میں مرتبط ہوتا ہے (تصویر ۶۲ ب اور صفحہ 408)۔

جنینی سر کا محیط - جنینی سر کا سب سے چھوٹا محیط وہ ہے جو سب آکسیٹوبرگیٹیک (suboccipito-bregmatic = زیر قذالی سیمانی) کے مستوی میں لیا جاتا ہے۔ اس کا ناپ



تصویر ۶۲ ب

ظاہر کرتی ہو کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) میں، سر کی جانی خمیدگی (یعنی نیگل کے ترچھے پن) کی وجہ سے عرضی قطر مرتبط ہوتا ہے۔



تصویر ۶۲ الف

سوپر پرائٹل سب پرائٹل (فوق جداری تحت جدائی) قطر ۳ انچ (۷.۶ سنٹی میٹر)۔

۱۱ ایچ (۲۶۵ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ اس سے کسی قدر بڑا محیط وہ ہے جو سب آکسیٹو فرانتل (suboccipito-frontal) زیر قذالی جہی (قذالی کے متوی میں لیا جاتا ہے۔ یہ محیط وہ ہے جو عام طور سے ولول (فرجی) دہنہ کو طبعی وضع محل میں متحد کرتا ہے۔ سب سے بڑا محیط وہ ہے جو آکسیٹو مینٹل (occipito-mental) قذالی زنتی (قذالی کے متوی میں لیا جاتا ہے۔ اس کا ناپ ۱۲ ایچ سے لے کر ۱۴ ایچ (۳۵ تا ۳۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔

جنینی سر کا وہ محیط جو آکسیٹو فرانتل (قذالی جہی) قذالی کے متوی میں لیا جاتا ہے، اس کا ناپ ۱۲ ایچ (۳۲ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ یہ وہ محیط ہے جو کہ ایک غیر مرجح آکسیٹو پوسٹیریئر (قذالی عقبی) وضع کی ولادت میں ولول اوٹ لیٹ (فرجی خرج) کو متحد و کرتا ہے اور پرنیم (عجان) کا جو شدید انشقاق واقع ہوتا ہے اس کا بڑی حد تک یہی سبب ہوتا ہے۔

ذکور کے سر وسط انات کے سروں سے ذرا زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ اسی طرح ججمہ کی جاست اور درجہ تعظم، متوالی حمل میں کسی قدر زیادہ ہو جاتا ہے۔

ڈورا میٹر (dura mater = ام جافیہ) کے بڑے بڑے شکن یعنی فلیکس سیربراٹی (falx cerebri = منجل الدماغ) اور ٹوریم سیربراٹی (tentorium cerebelli = خیمۃ الدماغ) اپنی مقامیت اور چمیدگیوں کی وجہ سے ایک حد تک اندرونی رابطات کا کام دیتے ہیں اور ان کے ذریعہ جنینی سر جو کہ نرم اور گداز ہوتا ہے طویل مستعرض یا ترجھی سمت میں حد سے زیادہ بد شکل نہیں ہونے پاتا۔

اگر انصیاع نہایت ہی مفراط ہو یا جنینی سر پر شدید اور ناگہانی بار پڑے تو ڈورا میٹر (ام جافیہ) کے مذکورہ بالا حصص کے پھٹ جانے کا اندیشہ ہے۔

ایسی صورت میں بعض بڑے بڑے وریدی اجواف کے مشقوق ہو جانے کا بھی سخت خطرہ ہے اور وہ یہ ہیں۔ انفیریئر لانجی ٹیوڈل سائنس (inferior longitudinal sinus) تحتانی طولی جوف (جو کہ فلیکس سیربراٹی (منجل الدماغ) کے آزاد کنارے میں جاتا ہے اور پیچھے کی طرف دماغ سے بالیوسا (Galen) کی وریدیں وصول کرتا ہے۔ اور سٹریٹ سائنس (straight sinus = سیدھا جوف) جو کہ فلیکس سیربراٹی (منجل الدماغ) اور ٹوریم سیربراٹی (خیمۃ الدماغ) کے درمیان جاتا ہے۔

ڈیورامیٹر (ام جافیہ) کے مذکورہ بالا شکنوں کے چاک بسا اوقات دشوار وضع حمل کے بعد مرہ پیدا ہوئے جنینوں میں یا وارٹ اسٹیکیا (اختناق پسید) کی حالت میں پیدا ہوئے جنینوں میں ان کے بعد الموت امتحان پر پائے جاتے ہیں۔
یہ تضرعات اور دیگر درون جمہی نقصان اس صورت میں خاص کثرت سے پائے جاتے ہیں جبکہ بریج (سفلی) اصابتوں میں پس آئندہ سر کی تند اور سریع ولادت کر دی گئی ہو۔

جنینی دھڑکے قطر

بائی اکرومیئل (bi-acromial = دو آخرمی)۔ شانوں پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ہے جو ۴۴ (۱۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔
بائی ٹروکنٹرک (bi-trochanteric = دو طروخانمی)۔ گریٹ ٹروکنٹر (great trochanter = طروخانے اعظم) پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ۴۴ (۱۱ سنٹی میٹر)۔

باب سبب و تخم وضع حمل کے مظاہر

یہ معلوم نہیں ہے کہ وضع حمل چالیس ہفتوں کے اختتام پر کیوں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا کچھ تعلق حیضی فوبت سے ہو، کیونکہ وضع حمل عموماً ایسے وقت پر واقع ہوتا ہے جو استقرار حمل کے بعد دسویں حیض کا زمانہ ہوتا ہے۔ پوسٹ میچوریٹی (post-maturity = زائد المیعادی) کی مثالوں میں اکثر یہ پایا جاتا ہے کہ متوقع زمانہ کے ٹھیک چار ہفتے کے بعد وضع حمل ہوتا ہے۔ مگر ان زچاؤں میں جن میں چار ہفتہ واری کی بجائے سہ ہفتہ واری دور پایا جاتا ہے تیس ہفتوں کی مدت حمل کے بعد مکمل طور پر نمو یافتہ بچے نہیں پیدا ہوتے۔ مختلف نظریات بیان کئے گئے ہیں مثلاً رحم کا متدد ہو جانا، پلیمینٹا (میشم) کا ان فارکشن (انفعام)، کاربن ڈاکسائیڈ (CO_2) کا جمع ہونا، تاہم ان میں سے کوئی نظریہ بھی ایسا نہیں جو اکثر مثالوں کی تسلی بخش طور پر توجیہ کرتا ہو۔

وضع حمل کا آغاز ہونے سے دو تین دن قبل معین تھوکی تغیرات کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، چنانچہ وزن میں تقریباً... اگرام کی تخفیف ہو جاتی ہے، نائٹروجن کا احتباس ہو جاتا ہے اور سیال کا اخراج ہوتا ہے۔ یہ کمشوفات ان کمشوفات کی بالکل ضد ہیں جو کہ حمل کے آخری ہفتوں میں پائے جاتے ہیں۔ پس وضع حمل کا آغاز ہونے سے کم از کم ہم گھنٹہ قبل بدامنتہ کچھ معین تغیرات واقع ہوتے ہیں۔

جوں جوں حمل ترقی کرتا ہے، رحمی عضلہ پوسٹیرر پشوٹری (عقبی نخاعی غدہ) کے خلاصہ کے فعل سے بتدریج زیادہ متاثر ہوتا جاتا ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ تجربی حیوانات میں ابتدائی حمل میں اس شے کی مہلک مقداریں بھی بالکل ایبازیشن (استقاط) واقع نہیں کرتیں لیکن حمل کے آخری حصہ میں اس سے کمتر مقداریں ہمیشہ وضع حمل کا آغاز کر دیتی ہیں۔ غالباً رحم کی حساسیت میں مذکورہ بالا تبدیلی ہونا کسی شے کا نتیجہ ہے جو کہ خون میں دورہ کرتی ہے۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) اور انٹیرر پشوٹری (غدہ نخاعی مقدمی) کو اس شے کا منبع بتایا گیا ہے لیکن کوئی حقیقت میں معلوم نہیں ہے۔

آغاز وضع حمل کے قدرتی میکانیہ سے بالکل قطع نظر، بعض مثالوں میں رحم کا تسبیج کر کے وضع حمل کا غیر طبعی آغاز کیا جاسکتا ہے۔ یہ تسبیج براہ راست ہوتا ہے، مثلاً جب بوجز (bougies = شمعات) داخل کر کے قبل از میعاد وضع حمل کا امالہ کیا جاتا ہے یا بالواسطہ ہوتا ہے، مثلاً شدید مہملات اور شائد خوف کے ذریعہ۔

245

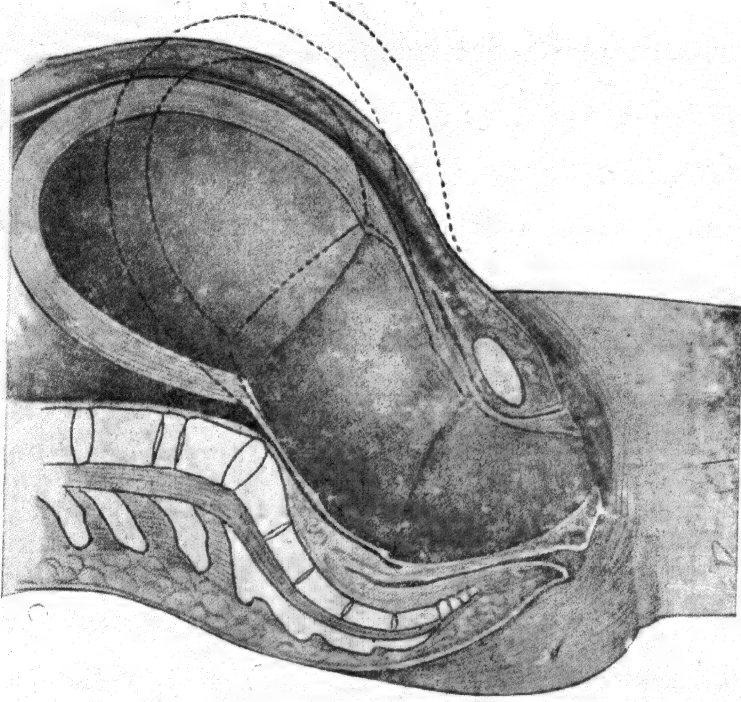
وضع حمل کے مظاہر کو بیان کرنے کے لئے رحم کو تین حصوں میں تقسیم کرنا چاہئے جو وضع حمل کے دوران میں مختلف حیثیت سے کام کرتے ہیں۔

۱۔ سروکس (عنق)۔ یہ میکانی طور پر متسع ہوتا ہے اور قطع نظر اس امر کے کہ مدور ریشوں میں ارتخاء واقع ہوتا ہے، یہ ایک جھول حصہ لیتا ہے۔

۲۔ لوئر یوٹرائن سیکنٹ (رحم کا قطعہ اسفل)۔ غیر حامل رحم میں، رحم کا وہ حصہ جو کہ سروکس (عنق) کے اسفل آس (اندرونی فم) سے ذرا اوپر ہوتا ہے، اسٹیمس (isthmus = تنگنائے) کہلاتا ہے۔ اس حصہ کو استر کرنے والا اینڈومیٹریم (درون رحمہ) اس اینڈومیٹریم (درون رحمہ) سے جو کہ فنڈس (قعر) کو استر کرتا ہے، بعض

اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ چنانچہ یہ کم موٹا ہوتا ہے، اس میں غدہ کم ہوتے ہیں اور سنک (دوری) ہونے کا رجحان ظاہر کرتے ہیں، اور سٹروما (ہیکلی) خلیات کم ہوتے ہیں۔ حیض اور منکون پلیسینٹا (مشیمہ) کی اثناء میں اس حصہ میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ میعاد پر یہ لوئر یوٹرائن سیکنٹ (زیرین قطعہ رحم) بن جاتا ہے، اور سروکس (عنق) سے تقریباً ۳ انچ اوپر تک جاتا ہے۔ ایسا کوئی معین تشریحی امتیازی نشان نہیں بتایا جاسکتا کہ جس کو لوئر یوٹرائن سیکنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی بالائی حد گردانا جائے

البتہ سامنے کی جانب اس کے متعلق یہ کہا جاسکتا ہے کہ یہ رحمی عضلہ سے پرمیونیم (باریطون) کی

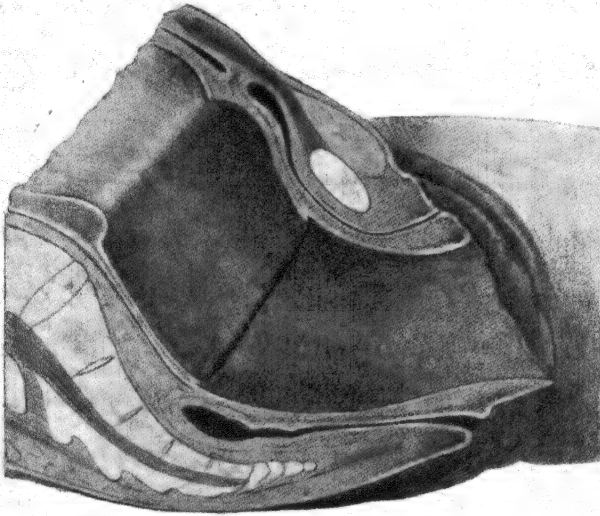


تصویر ۶۳- یہ دبیز شدہ اپریوٹرائن سگنٹ (بالائی رحمی قطعہ) اور پتلا لوئر یوٹرائن سگنٹ (ذریریں رحمی قطعہ) ظاہر کرتی ہے۔
نقطہ وار خط ظاہر کرتا ہے کہ دوران انقباض میں رحم کونسی وضع اختیار کرتا ہے۔

جو مضبوط چسپیدگی ہے، اس کی ذریرین مد کے متناظر ہوتی ہے۔ وضع حمل کے دوران میں لوئر یوٹرائن سگنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی شکل نیم کرہ سے بدل کر استوانہ نما بن جاتی ہے، اور جوں جوں وضع حمل ترقی پاتا جاتا ہے اس کی دیواریں تنستہ جاتی اور پتلی ہوتی جاتی ہیں، یہاں تک کہ جنین کے گزرنے کے لئے جگہ ہو جاتی ہے۔ جب بچہ پیدا ہو چکتا ہے تو عضلاتی ریشے اب چونکہ تنستہ ہوئے نہیں ہوتے اسلئے باز کیدہ ہو جاتے ہیں اور انکی دیواریں زیادہ موٹی ہو جاتی ہیں۔
طبعی حالات میں اس کے تننے اور پتلا ہونے میں کوئی خطرہ نہیں ہے لیکن اگر پلیسینٹا

(مشیمہ) لوئر یوٹرائن سگینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) سے چپکا ہو، یا اگر جنین کے آگے بڑھنے میں کوئی رکاوٹ ہو تو اس کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔

۳۔ اپر یوٹرائن سگینٹ (upper uterine segment = رحم کا بالائی قطعہ)۔
اس میں جسم رحم کا بڑا حصہ شامل ہوتا ہے۔ جوں جوں وضع حمل میں ترقی ہوتی ہے رحم کے اس حصہ کی دیواریں عضلی ریشوں کی باز کشیدگی کی وجہ سے بتدریج زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں، کیونکہ اس کے مشمولات لوئر سگینٹ (قطعہ اسفل) اور سروکس (عنق) میں آ جاتے ہیں۔



تصویر ۶۔ ”برتھ قنال (ولادتی قنال)۔“

لوئر یوٹرائن سگینٹ (زیرین رحمی قطعہ) سروکس (عنق) ویجاٹا (ہیمل) پیلوک (حوضی) فرش اور ولول (فرجی) مخرج متبع ہو گئے ہیں اور ایک مسلسل قنال بنا رہی ہیں۔ ہنوز ایک خفیف حید موجود ہے جو کہ سروکس (عنق) کی زیرین حد ظاہر کرتا ہے۔

وضع حمل کے وقت لوئر یوٹرائن سگینٹ (رحم کا قطعہ اسفل) سروکس (عنق) ویجاٹا (ہیمل) پیلوک (حوضی) فرش اور ولول اوٹ لیٹ (فرجی مخرج) متبع ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ ایک مسلسل ”برتھ قنال“ (birth-canal = ”ولادتی قنال“) پیدا ہو جاتی ہے۔
اس انبساط کو پیدا کرنے والی اور اودوم ریضہ کو خارج کرنے والی جوتھیں ہوتی ہیں اور وہی عسلہ

کی باز کشیدگی اور انقباض سے پیدا ہوتی ہیں اور انکو دوسرا اور تیسرا مراحل میں ڈایا فرما اور شکی عضلات کی مدد حاصل ہوتی ہے۔ رحم کے عضلی ریشوں کو مین گروہوں میں تقسیم کر کے بیان کیا جاسکتا ہے۔

(الف) بیرونی تہ۔ یہ ریشوں کے طولانی بندل ہیں جو سامنے کی جانب انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے ذرا اوپر سے شروع ہوتے دیکھے جاسکتے ہیں اور ٹھیک فندس (قعر) کے اوپر گزر کر پیچھے کی جانب انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے ذرا اوپر ختم ہوتے ہیں۔

(ب) سب سے بڑا گروہ وہ بندل ہوتے ہیں جو تمام سمتوں میں گندھے ہوتے ہیں یعروقی مویہ کا احاطہ کرتے ہیں اور انقباض کے دوران میں ان کے درونہ کو محو کرتے ہیں۔

(ج) اندرونی تہ۔ یہ ریشوں کے مدور بندل ہیں جو جسم رحم کے گرد گرد پائے جاتے ہیں۔

رحم کے عضلی ریشے منقبض مرتخی یا باز کشیدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ منقبض ہونے میں زیادہ چھوٹے اور موٹے ہو جاتے ہیں۔ باز کشیدگی میں یہ ہوتا ہے کہ وہ اپنے اصلی طول پر واپس نہیں آتے حالانکہ فعال انقباض زائل ہو چکا ہوتا ہے۔

ارتخائیں عضلی ریشے لائبے اور پتلے ہو جاتے ہیں اور اپنے اصلی طول پر واپس آجاتے ہیں۔ جب انقباض کے بعد ارتخا ہوتا ہے تو عضلی ریشوں کا قصر صرف عارضی ہوتا ہے لیکن اگر انقباض کے ہمراہ باز کشیدگی واقع ہو اور کوئی ارتخا نہ ہو تو ان کا کچھ قصر مستقل ثابت ہوتا ہے۔

باز کشیدگی ایک ایسا خاصہ ہے جو رحمی عضلہ کے لئے مخصوص نہیں ہے، البتہ کسی دیگر عضو کی بہ نسبت رحم میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ اظہار ہے اس قس کا جو تندرست عضلہ میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور جو ریشوں کے تناؤ کو ان کے طولی تغیرات کے مطابق بناتی ہے۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ باز کشیدگی فعال انقباض سے الگ واقع ہوتی ہے، نیز یہ کہ باز کشیدگی پر انقباض کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر بالکل کوئی باز کشیدگی نہ ہو تو ہر انقباض رحم کی جامت کے اسی نقطہ سے شروع ہوتا ہے جہاں سے اس کا پیش رو شروع ہوا تھا، کیونکہ رحمی مشمولات کے تنیدہ کن اثر کی وجہ سے ارتخائیں کے بعد ریشوں کا ارتخا اور اطالت واقع ہوتی ہے۔ مگر جب باز کشیدگی بھی واقع ہوتی ہے تو ہر بعد کا انقباض ایک ایسے نقطہ سے شروع ہوتا ہے کہ جہاں اس کا

پیشرو ختم ہوا تھا اور یوٹرائن کیوٹی (رحمی کہفہ) پر متوالی انقباض کے نتیجہ میں مستقل طور پر زیادہ چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس طرح بچہ پیچھے پھسلنے نہیں پاتا۔

ڈاکین (Dakin) نے ایک سادہ نمونہ سے ظاہر کیا ہے کہ باز کشیدگی کی کیل اہمیت ہوتی ہے۔ وہ نمونہ یہ ہے کہ ایک آدمی کسی چٹان پر کھڑا ہو اور ایک بھاری وزن سمند کے کنارے پڑا ہوا ہے۔ وہ آدمی ایک رسمہ کے ذریعہ اس پیچھے کو اوپر اٹھاتا ہے جب اس کے عضلات منقبض ہوتے ہوئے ٹھک جاتے ہیں تو وہ مرہجی ہوتے ہیں اور وزن نیچے چلا جاتا ہے اور آرام کے بعد اسے پھر از سر نو کام شروع کرنا پڑتا ہے۔ لیکن اس وقت جبکہ وہ اپنے عضلات کو منقبض کرتے کرتے ٹھک گیا ہو، اگر وہ رسمہ کو کسی کھمبے کے گرد ایک چکر دے دے، تو اتنا ہو جاتا ہے کہ خواہ وہ اپنے عضلات کا منقبض کرنا موقوف کر دے، اس سے کچھ مہرج واقع نہیں ہوتا اور وہ انقباضات کا دوسرا گروہ ابتدائی نقطہ آغاز سے نہیں، بلکہ اس نقطہ سے شروع کر سکتا ہے کہ جس تک انقباضات کا پہلا گروہ اس وزن کو لے گیا تھا۔

248

جب بچہ خارج ہو رہا ہوتا ہے، تو رحمی عضلہ کی باز کشیدگی رحم کی اندرونی سطح کو بچہ اس طرح ملا کر رکھتی ہے جیسے کہ وہ اس پر ڈھال دی گئی ہو۔ جب پلیمینٹا (مشیمہ) خارج ہو جاتا ہے، تو باز کشیدگی رحمی دیواروں کو باہم ملا دیتی ہے، چنانچہ صرف ایک امکانی کہفہ باقی رہ جاتا ہے۔

باز کشیدگی کے مرصیاتی اثرات کیا ہوتے ہیں، اس کے لئے دیکھو ممدود وضع حمل

(صفحہ 438) -

دوران حمل میں انٹرل آس (اندرونی فم رحم) بند یا تقریباً بند رہتا ہے۔ اسی وجہ اس کے مدور ریشوں کا منشی یا مستقبل انقباض ہے، جیسا کہ دیگر مخوف احشاء کے عاصر عضلات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

جسم رحم کے عضلی ریشوں کے لئے دار انقباضات، جن کے بعد ارتخا ہوتا ہے اور جن کے ہمراہ کوئی باز کشیدگی نہیں ہوتی، حمل میں شروع سے آخر تک واقع ہوتے ہیں۔ وہ انٹرل آس (اندرونی فم رحم) میں کوئی اتساع نہیں پیدا کرتے۔

انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کا پرزور اتساع، جسم رحم کا انقباض پیدا کرتا ہے

اور اس کے برعکس جسم رحم کا انقباض سروکس (عنق) میں اتساع پیدا کرتا ہے۔ اسے ”پولیرٹی آف دی یوٹرس“ (polarity of the uterus = ”رحم کی قطبیت“) کہا جاتا ہے۔

وضع حمل کے مراحل - وضع حمل کو تین مرحلوں میں تقسیم کیا گیا ہے :-
۱۔ پہلا مرحلہ، یعنی اتساع کا مرحلہ، حقیقی وضع حمل کے عمل کے آغاز سے لے کر آس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع تک موجود رہتا ہے۔

۲۔ دوسرا مرحلہ، یعنی بچہ کے اخراج کا مرحلہ، آس یوٹرائی (فم رحم) کے کامل اتساع سے لے کر بچہ کی ولادت تک قائم رہتا ہے۔

۳۔ تیسرا مرحلہ، بچہ کی ولادت سے لے کر پلینٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ولادت تک قائم رہتا ہے۔

تنبہی علامات - حمل کے آخری دو ہفتوں میں، یا کبھی کبھی ذرا زیادہ پہلے، رحم تھوڑا نیچے اترتا ہے۔ اگر مریضہ سانس لینے میں دشواری اور ضیق محسوس کرتی رہی ہو تو اب وہ زیادہ راحت محسوس کرتی ہے، اور زیادہ آزادی سے سانس لیتی ہے۔ اسے بعض اوقات ”لائٹنینگ“ (lightening = سبکباری) کہتے ہیں۔ اگر آخری دو ہفتوں میں سروخ میں اتر گیا تو فکر نہ کیجئے، یہ ممکن ہے کہ باؤگٹ جانے کی وجہ سے اسے بار بار پیشاب ناکم ہو جائے۔ رحم کی مقامیت کی تبدیلی کی سبب مریضہ کو تو کوئی خیر نہیں ہوئی، مگر بہت سی مریضہ اس کو بوجاتی ہے، چنانچہ بعض مٹی پیرا (کثیر ولادت زچائیں) اس تبدیلی سے چند ہی دن کے بعد اس امر کو پہچان لیتی ہیں کہ وضع حمل شروع ہونے کا امکان ہے۔

عام طور پر آخری دو تین ہفتوں میں ”کاذب“ در دیں لگتی ہیں، یعنی وہ در دیں جو حقیقی وضع حمل کی در دیں نہیں ہوتیں۔ ممکن ہے کہ ان کی موجودگی سے زچہ کو یہ خیال ہو کہ وضع حمل شروع ہو گیا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ اس امر کی شناخت کر لے کہ وہ معمولی خفیف در دیں ہیں یا ”معمولی درد شکم“ ہے، وضع حمل کی در دیں نہیں ہیں۔ یہ کاذب در دیں، وضع حمل کی حقیقی در دیں سے حسب ذیل طریقہ پر تمیز کی جاسکتی ہیں :-

وضع حمل کی حقیقی در دیں پیٹھ کے پچھلے حصہ میں محسوس ہوتی ہیں اور کاذب

دردیں پیٹ میں محسوس ہوتی ہیں۔

249

۲۔ وضع حمل کی حقیقی دردیں باقاعدگی کے ساتھ واقع ہوتی ہیں، اور اگر رحم پر ہاتھ رکھا جائے تو درد کے دوران میں رحم سخت ہونا معلوم ہوتا ہے۔ ”کاذب“ دردیں بے قاعدہ وقفوں پر واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ساتھ رحم کا سخت ہونا لازمی نہیں ہے۔

۳۔ اگر انٹرئل آس (اندرونی فم رحم) میں انگلی داخل ہو سکتی ہو، تو وضع حمل کے حقیقی دردوں میں غشیہ تسنہ ہوئے محسوس ہوتے ہیں، لیکن ”کاذب“ درد کے دوران میں ایسا نہیں ہوتا۔

”کاذب“ دردیں اکثر اوقات معدی معائی اختلال سے پیدا ہوتی ہیں اور کسی ملین دوا سے رفع کی جاسکتی ہیں۔

وضع حمل کے امارات۔ وضع حمل شروع ہونے کی تین امارات ہیں:-

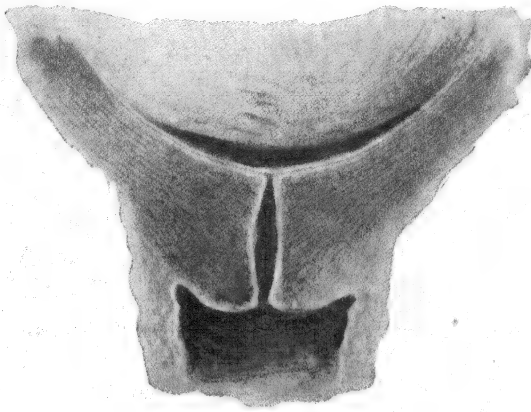
۱۔ دردیں۔ ۲۔ سروکس (غش) کا اتساع، اور اس کا چھوٹا ہونا۔ ۳۔ شو

(show = منو دو خون)۔

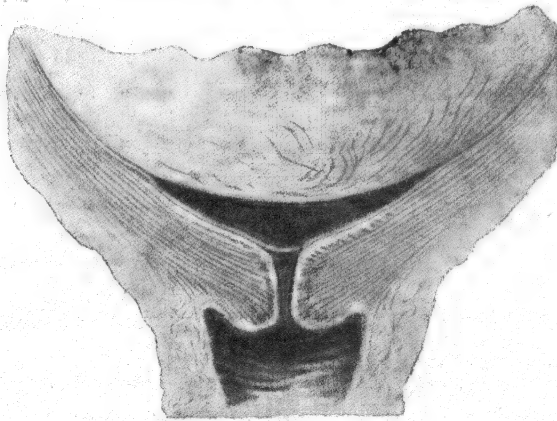
۱۔ دردیں۔ وضع حمل کی دردیں پہلے پیٹ میں محسوس ہوتی ہیں، اور کسی قدر باقاعدگی کے ساتھ واقع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ اول اول دردوں کے درمیان آدھ آدھ ٹکھنے کے طویل وقفے ہوں۔ بعد میں یہ وقفے بتدریج زیادہ چھوٹے ہوتے جاتے ہیں، لیکن دردیں زیادہ طویل اور زوردار ہوتی جاتی ہیں۔ ہر درد بتدریج شروع ہوتا ہے اور جب اپنے زیادہ سے زیادہ شدت کے نقطہ تک پہنچتا ہے، تو پھر بتدریج زائل ہو جاتا ہے۔ دردوں کے دوران میں رحم سخت ہوتا محسوس ہوتا ہے۔

کہا جاتا ہے کہ یہ دردیں غیر اختیاری قابل امتناع، وودی الحکرت، او وقفہ دار ہوتی ہیں۔ یہ مریضہ کے اختیار سے باہر ہوتی ہیں، یعنی اس وقت بھی ہوتی ہیں جبکہ وہ بے ہوش ہوتی ہے۔ تاہم جوش سے یا تیمار دار یا دایہ کو دیکھنے پر جو اضطراب ہوتا ہے اس سے یا مثلاً یا مستقیم کے مدد سے، ان دردوں کا امتناع کیا جاسکتا ہے، یا تو انزکم کیا جاسکتا ہے، یا ان کو عارضی طور پر بند کیا جاسکتا ہے۔ نیز مختلف ہجرات مثلاً سروکس (غش) یا یرنیم (عجان) کے تھننے سے، یا گرم حقنہ دینے سے ان کی قوت اور توانہ کو زیادہ کیا جاسکتا ہے۔

(۳) یہ امر کہ دردیں وقفہ دار ہوتی ہیں، یعنی ہر انقباض کے بعد ایک زمانہ آرام ہونا جنین (اور ماں دونوں کے لئے) پہلے اور دوسرے مرحلوں میں ایک نہایت ضروری چیز ہے۔ (درد میں رحمی دیوار کا دوران خون رک جاتا ہے، بلکہ جب رحم مسلسل منقبض ہوتا ہے تو



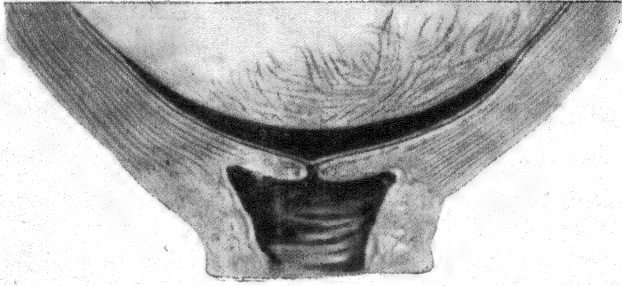
تصویر ۶۵ الف



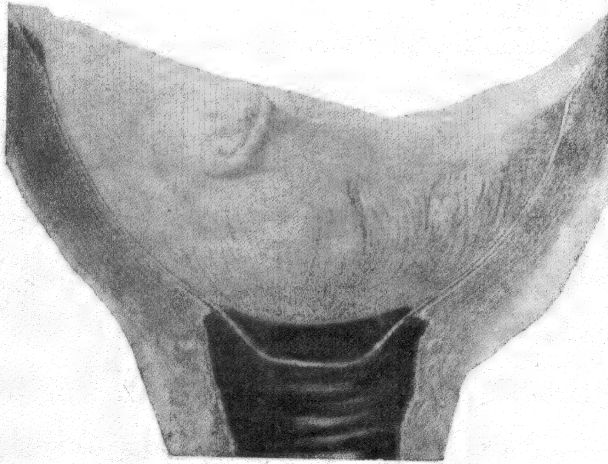
تصویر ۶۵ ب

سروکس (عنقی) کا اوپر سے نیچے کو متع ہونا۔ اوپر کی تصویر میں سروہیکل (عنقی) قنال اصلی حالت میں ہے۔ نیچے کی تصویر میں انٹرنل آس (اندرونی فم) اور قنال کا بالائی حصہ متع ہو گیا ہے لیکن قنال کا زیریں حصہ غیر متبدل ہے۔ سروکس (عنقی) کا قصداً متع ہو گیا ہے۔

آ کیجن نہ ہونے کی وجہ سے جنین مر جاتا ہے۔ سطح دوسرے مرحلہ میں مسلسل یا متنتی انقباض ہونا اور اس کے ہمراہ باز کشیدگی واقع ہونا (ایک غیر طبعی حالت جو کسی آئندہ باب میں بیان کی جائیگی) ماں کو سخت کر دیتا ہے اور گمان غالب ہے کہ اس کی نرم بافتوں کو بوجہ دباؤ کے نقصان



تصویر ۶۶ الف



تصویر ۶۶ ب

سروکس (عنق) کے اتساع کے مزید مداج۔ اوپر کی تصویر میں ایک سروکس (عنق) کی لگژر ہو رہی ہے۔

✓ نیچے کی تصویر میں سروائیکل (عنقی) تقال محو ہو گئی ہے۔

پہنچائے سرور دوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں، ان کی وجہ سے پلسنٹل (میشمی) دوران خون

دوبارہ جاری ہو جاتا ہے جس سے ماں کو انقباض کے ختمہ کن اثر سے بحال ہونے کی مہلت مل جاتی ہے۔ یاد رہے کہ رحم ایک بہت بڑا عضلہ ہے اور طویل مسلسل انقباض سے زچہ کی بہت سی قوت خرچ ہو جاتی ہے۔

دردوں کا مزید بیان اس وقت تک ملتوی رہے گا جبکہ وضع حمل کے مختلف مراحل بیان کئے جائیں گے۔

۲۔ سروکس (عنق) کا اتساع اور اس کا قصر۔ جب سروکس (عنق) کا اتساع زیادہ نہ ہو اور دردوں کے دوران میں انگلی کے ذریعہ غشیہ کی پھلی کے ابھار کو محسوس نہ کیا جاسکے تو سروکس (عنق) کا قصر محفوظ ترین امارت ہے کہ جس پر یہ رائے حصر کی جاسکتی ہے کہ وضع حمل شروع ہو گیا ہے۔ اس عورت کے سروکس (عنق) میں جس نے پہلے کوئی بچہ نہیں جنا ہے، وضع حمل کے شروع میں دینر دیوار کی ایک قتال ہوتی ہے جو کم سے کم ایک انچ لمبی ہوتی ہے۔ جب وضع حمل شروع ہوتا ہے تو انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کے گرد کے درزیشے مرتخی ہو جاتے ہیں اور رحم کے طولانی ریشوں کے انقباض اور باز کشیدگی کی وجہ سے انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کے کنارے ایک دوسرے سے دور ہو جاتے ہیں۔ البتہ سر ایگل (عنقی) قتال کا زمین حصہ پہلے پہلے غیر مبدل رہتا ہے۔ لیکن بول ہی کہ انٹرل آس (اندرونی فم رحم) نیچے کر کھل جاتا ہے تو سروکس (عنق) اوپر سے نیچے کو متع ہوتا ہے اور بند سچ چھوٹا ہوتا ہے یہاں تک کہ آخر کار دیکھا جاسکے (مہل) میں کوئی ابھار باقی نہیں رہتا بلکہ انٹرل آس (اندرونی فم رحم) پر کم و بیش سرف ایک دبیز لگر ہو جاتی ہے۔ گویا کل سروکس (عنق) کم ہو جاتا ہے اور اس کا کھفہ جہم رحم کے کھفہ سے مل جاتا ہے۔ سروکس (عنق) کے حقیقی قصر کے بغیر یہ تشخیص کرنا کہ کوئی پریمی گریوڈ (اولین) وضع حمل کی حالت میں ہے یا یوتونی ہے (تصویر ۶۵، ۶۶)۔

عورتوں میں جن کے بچے ہو چکے ہوں وضع حمل شروع ہونے سے پہلے انٹرل آس (اندرونی فم رحم) میں انگلی داخل کی جاسکتی ہے اور بعض اوقات اس کا سرا انٹرل آس (اندرونی فم رحم) میں بھی داخل کیا جاسکتا ہے۔ اس صورت میں درد کے دوران میں غشیہ کی ایک چھوٹی سی پھلی کا ابھار آتا، اس امر کا ثبوت ہے کہ وضع حمل شروع ہو گیا ہے۔ اس امر پر کہ سروکس (عنق) کس حالت میں ہے ہرگز زیادہ زور

نہ دینا چاہئے۔ بعض اوقات پرچی اگر یوٹرا (اولیں حاملہ عورت) میں بھی وضع حمل شروع ہونے سے قبل سروکس (عنق) مکمل طور پر گم ہو جاتا ہے۔

۳۔ شوا (خود بخون)۔ یہ زیادتی ہے، ویجاٹا (جبل) سے غالی افزائی جو سروکس (عنق) سے حاصل ہوتا ہے اور جس میں خوراسا خون ملا ہوتا ہے۔ یہ سمجھنا چاہئے کہ اس کی عدم موجودگی اس امر کا ثبوت ہے کہ وضع حمل نہیں شروع ہوا۔ جیسے ہی کہ انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کھینچ کر کھلتا ہے، تو لوئر یوٹرا (سکینٹ رحم کے قطعہ اسفل) سے اغشیہ جدا ہو جاتے ہیں اور خون کی ایک اختلاط پذیر مقدار رستی ہے۔

وضع حمل کا یہ تمام حوالہ۔ رحم کے انقلابات کا اثر یہ ہوتا ہے کہ عام درون رحمی دباؤ میں اضافہ ہوتا ہے۔ نیز طولانی ریشوں کا انقباض اور باز کشیدگی انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کو کھینچ کر کھول دیتی ہے۔ انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کے انقباض سے یقیناً اس کے آس پاس ڈسیدوا (غشا راسا قط) اور کوریان (سلی) کے درمیان علیحدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ چنانچہ کوریان (سلی) کے جدا شدہ حصہ سے اور انبیان (انفس) سے ایک چھوٹی "اغشیہ کی تھیلی" بن جاتی ہے جس کے اندر لاگرا اینیائی (رحل) ہوتا ہے، اور اغشیہ کی یہ تھیلی "درون رحمی دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے انٹرل آس (اندرونی فم رحم) میں گھس جاتی ہے۔ اغشیہ کی یہ تھیلی سروکس (عنق) کے لئے بہترین موضع کا کام دیتی ہے۔ یہ ایک ایسا سیالی فائدہ ہے جو سروکس (عنق) میں دوز تک گھستا چلا جاتا ہے، اور حالانکہ مادی بافتوں پر عظیم دباؤ ڈالتا ہے تاہم ان کو کوئی نقصان نہیں پہنچاتا جب تک کہ اغشیہ کی تھیلی ثابت رہتی ہے اس وقت تک ماں یا جنین کو اس دباؤ سے کوئی مضرت نہیں پہنچتی۔ اغشیہ کی تخصیصی طبعی طور پر سروکس (عنق) کو یہاں تک متع کرتی ہے کہ آس یوٹرائی (فم رحم) چوڑائی میں $3\frac{1}{2}$ انچ ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد وہ شق ہو جاتی ہے کیونکہ اسے آس یوٹرائی (فم رحم) کے کناروں کا سہارا نہیں ملتا۔ اگر وریکس (قمہ) قطریق کر رہا ہو، تو وہ لوئر یوٹرا (سکینٹ رحم کے قطعہ اسفل) میں بہت اچھی طرح ٹھیک بیٹھتا ہے، چنانچہ مزیت ایک گولا کوڑی کے کام کرتا ہے اور اغشیہ کی تھیلی پر بہت زیادہ دباؤ نہیں پڑنے پاتا۔ پہلے مرحلہ میں جنین نیچے کی جانب بہت کم حرکت کرتا ہے۔ حقیقت میں درد کے دوران میں رحم زیادہ لانا ہوتا ہے اور اپنے نہوریشوں کے انقباض کے تحت زیادہ دباؤ ہوتا ہے اور نہوریشوں کی

ہونے کے زیادہ ناشپاتی کی شکل کا ہوجاتا ہے۔ اسے فارم برسی چیوش فورس (form restitution = force) قوت معاودت (اشکل) کہا جاتا ہے۔ اگر ایک معتدبہ جسامت کی اغشیہ کی تھیلی بننے کی وجہ سے رحم سے لاکر امینیاں (رحل) کی ایک خاص مقدار نکل گئی ہو تو دباؤ کی ایک ہی شکل برسرکار آتی ہے یعنی جنینی محوری دباؤ جو کہ جنین پر رحم کے براہ راست دباؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ قوت وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں جس درجہ تک کام کرتی ہے، وہ لاکر امینیاں (رحل) کی مقدار کے ساتھ بالواسطہ تناسب رکھتا ہے۔ ہائیڈرامینیاں (کثرت رحل) میں متاوقتیکہ اغشیہ نہ شق ہو جائیں کوئی جنینی محوری دباؤ وجود میں نہیں آتا۔ جب لاکر امینیاں (رحل) کی قلت ہوگی تو جنینی محوری دباؤ جلد برسرکار ہوگا۔ بالائی قطب پر جو معمولاً برسیج (مریخوں) سے بنتا ہے رحم کے فئس (قعر) کا دباؤ پڑتا ہے، اور زیرین قطب کو جو طبعی طور پر سر سے بنتا ہے نیچے کی جانب لوئر یوٹرائن سگنٹ (رحم کے قطعہ سفلی) اور سر و کس (عنق) کی طرف دبایا جاتا ہے۔ درو کے آغاز میں اغشیہ کی تھیلی کے اندر ذرا زیادہ لاکر امینیاں (رحل) گھس جاتا ہے۔ اس کے بعد سر بحیثیت ایک بال ویلو (ball-valve = گولا کوڑی) نیچے آتا ہے اور اس لاکر امینیاں (رحل) کو جو رحم میں باقی رہ جاتا ہے تھیلی والے لاکر امینیاں (رحل) سے جدا کرتا ہے۔ یہ دونوں بعض اوقات آفرواٹر (after-water = آبِ آخر) اور فورواٹر (fore-water = آبِ اول) کہلاتے ہیں۔ جب پریزنٹنگ (قطر یقی) حصہ لوئر یوٹرائن سگنٹ (رحم کے قطعہ سفلی) میں خوب چپت نہیں آتا، تو یہ احتمال ہوتا ہے کہ ہمیں اغشیہ کی تھیلی مطول شکل میں جیسی کہ کسی دستار کی انگلی کی ہوتی ہے نیچے نہ چلی جائے اور اس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع سے پہلے نہ شق ہو جائے۔ ایسی صورت حالات کسی میسلر پریزنٹیشن (نامنص قطر یقی) یا کانٹر ایکٹو پیلوس (منقبض حوض) میں پیش آتی ہے۔

پہلے مرحلہ کے ابتدائی حصہ میں درو بہت شدید نہیں ہوتا۔ عام طور سے زچہ کمرہ میں ادھر ادھر جلتی پھرتی ہے اور درو دیر آدھ گھنٹہ یا میں منٹ کے بعد آتا ہے۔ جب درو ممتد و غ ہوگا تو زوجہ وایہ کے کندھوں یا مسہری کے ڈنڈے کا سہارا لے لیتی ہو۔ مگر پہلے مرحلہ کے اختتام کے قریب درو میں زچہ کے لئے بہت تکلیف دہ ہوتی ہے اور جلد جلد واقع ہوتی ہیں اور چونکہ اسے کوئی تقدم محسوس نہیں ہوتا لہذا اسے بظاہر کچھ فائدہ نہیں معلوم ہوتا۔ پہلے مرحلہ کے اختتام کے قریب قے ہونا غیر عام نہیں ہے۔ اس مرحلہ کی درو میں

مرحلہ کے اختتام کے قریب تک خالص غیر اختیاری ہوتی ہیں، مریضہ اپنے اختیاری عضلات کا کوئی استعمال نہیں کرتی، اس طرح جیسا کہ وہ دوسرے مرحلے یا اخراج کے مرحلے میں کرتی ہے۔ کب بعض اوقات یہ نامکن ہوتا ہے کہ پہلے مرحلے کے اختتام اور دوسرے مرحلے کے آغاز درمیان ٹھیک حد فاصل کھینچی جائے۔ اگر غشیہ کی تھیلی آس (os = فم رحم) کا مکمل اتساع ہونے سے پہلے ویسجائنا (مہبل) میں نیچے دوز تک نکل جائے، تو زچہ کو ایک جسم غریبہ کی موجودگی کا احساس ہوتا ہے، لہذا وہ اپنے اختیاری عضلات کو استعمال کر کے ”حزقی“ کرنا شروع کرتی ہے۔

پہلے مرحلے کے رد کی وجہ کچھ تو رحمی انقباض کا انٹینٹن کا سادہ ہوتا ہے، اور کچھ سروکس (عنتق) کا تنسنا ہوتا ہے۔

اغشیہ کے بہت جلد شق ہونے میں نقصان۔ اگر اغشیہ بہت جلد شق ہو جائے، تو سیالی فانیہ مفقود ہو جاتا ہے، اتساع زیادہ دشوار ہوتا ہے، اور پہلا مرحلہ طویل ہو جاتا ہے، کیونکہ تناؤ و قوتیکہ طولانی ریشے آس یوٹرائی (فم رحم) کو کھینچ کر کافی طور سے کھول نہ دیں اور سراندر داخل نہ ہو جائے، آس یوٹرائی (فم رحم) کے اندر کسی ایسی چیز کا جو اسے متع کرے دباؤ نہیں پڑتا۔ چونکہ لاکر امینیا (رصل) بہہ جاتا ہے اور بچہ اس سیال کے ذریعہ محفوظ نہیں رہتا، لہذا امور الخاخر رحم سے خطرناک حد تک محفوظ ہو جاتا ہے، بلکہ زیادہ اہم یہ ہے کہ طویل اور مسلسل انقباض اور باز کشیدگی کی وجہ سے ممکن ہے پلیسینٹا (مشیمہ) کے مادی دورانیہ میں مداخلت واقع ہو۔ پھر یہ اندیشہ ہے کہ سر اور سمفیز پیوبس (اتفاق عانہ) کے درمیان سروکس (عنتق) کا اگلا لب بچ جاتا ہے، اور وہ ہنج زدہ اور دبیز ہو جاتا ہے، اور سر کے آگے بڑھنے میں میکافی رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ جب ایسا واقع ہو تو اگلے لب کو بالائی جانب سر کا کر سر کے سب سے بڑے قطر کے اوپر کر دینا چاہئے۔ دوسرے مرحلے میں ایک اور طرح سے بھی تاخیر واقع ہوتی ہے، یعنی سر جنین کے محوری دباؤ کی وجہ سے عقب میں سیکرم (عجز) کی جانب ہٹ جاتا ہے۔

اغشیہ کے بہت دیر میں شق ہونے میں نقصان۔ اگر آس یوٹرائی (فم رحم) کے عرض کا ناپ $\frac{3}{4}$ انچ ہو، اور اغشیہ غیر مشقوق رہے، تو اخراج کرنے والے دروں کا آغاز دھیما ہو جاتا ہے، کیونکہ سخت سر کا وہ دباؤ جس سے رحم میں ہیجان پیدا ہو کر اس کی فعالیت بڑھ جاتی ہے، سروکس (عنتق) تک نہیں پہنچتا۔ مگر کہ انمیان جو ایک

سخت اور مضبوط عشاء ہوتی ہے، کوریان (سلی) کے اندر سے جو زیادہ کمزور اور زیادہ آسانی سے پھٹ جاتی ہے، باہر نکل پڑے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انیان تو آگے بڑھتی ہے، لیکن کوریان (سلی) اپنی جگہ پر قائم رہتی ہے اور اس طرح انیان سے جدا ہو جاتی ہے۔ چنانچہ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ میں جبکہ انیان اور پلینٹا (مشیمہ) باہر نکل آتے ہیں، اغلب یہ ہے کہ کوریان (سلی) کا کچھ حصہ رحم میں باقی رہ جائے۔ اگر انیان کا وہ حصہ جو اغشیہ کی تھیلی بناتا ہے، سر کی ولادت ہونے سے پہلے شق نہ ہو، تو ممکن ہے کہ وہ اوپر پھٹے، یا بالکل پھٹے ہی نہیں۔ دونوں صورتوں میں سر انیان کی تھیلی میں لپٹا ہوا پیدا ہوتا ہے۔ اگر کوئی ٹانگہ کار موجود نہ ہو تو یہ صورت جسے بچہ کا کال (caul = فاقیا) میں پیدا ہونا کہتے ہیں، اغتصاص پیدا کرتی، اور بچہ کی موت کا باعث ہوتی ہے۔ اگر انیان اتنی سخت ہو کہ وہ بالکل شق ہی نہ ہو، تو ممکن ہے کہ جیسے ہی کہ بچہ پیدا ہو پلینٹا (مشیمہ) کھینچ کر باہر نکل آئے، مگر آٹھویں مہینہ کے آغاز کے بعد ایسا ہونا بہت غیر اغلب ہے۔ اگر پلینٹا (مشیمہ) آسانی سے نہ جدا ہو تو رحم ان ورٹڈ (inverted = مڑکس) ہو جاتا ہے، یعنی اندرونی حصہ بیرونی حصہ بن جاتا ہے۔ اگر آس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع کے بعد بھی اغشیہ کی تھیلی ثابت رہے، تو کسی درد کے دوران میں اسے نوک انگشت سے دبا کر پھاڑ ڈالنا چاہیے۔

دوسرا مرحلہ۔ جب اغشیہ شق ہو جاتے ہیں اور کچھ لاکر امینائی (رھل) نکل جاتا ہے، تو قبل اس کے کہ اخراج کرنے والی مثالی دردیں شروع ہوں، عام طور پر ایک مختصر وقفہ واقع ہوتا ہے، گویا رحم اور زیادہ زور آور کوشش کرنے سے قبل، اپنے تئیں تنجالتا ہے۔ لیکن بعض ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچاؤں) میں ممکن ہے کہ اغشیہ کے شق ہونے کے بعد یہ تغیر فوراً پیدا ہو جائے۔

جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، پہلے مرحلہ میں جنین کا بہت کم نزول ہوا تھا۔ اب سروکس (عق) اور لوئر یوٹرائن سگینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی پیش کردہ مزاحمت زائل ہو جاتی ہے، اور اگر عظمی پیلوس (حوض) طبعی جامت کا ہو، تو تقریباً نصف پیلوک (حوض) ڈرنے نیچے ڈھکل جاتا ہے۔ پھر پیلوک (حوض) فرش کی مزاحمت اس طرح مغلوب کی جاتی ہے کہ رحمی انقباضات نیچے کو دباتے ہیں جس میں اختیاری عضلات، یعنی شکمی دیوار کے عضلات

اور ڈایا قرام کا عمل مدد دیتا ہے۔

اس وقت جب کہ پیلوک (حوضی) فرش تن رہا ہوتا ہے، پیلوس (حوض) کا کھنڈاں اعضا سے جو معمولاً اس میں رہتے ہیں، جزوی طور پر خالی ہو جاتا ہے۔

پیلوک (حوضی) فرش کو اس نقطہ نظر سے دیکھا جاسکتا ہے کہ وہ دو مثلثوں سے بنیا ہے، ایک اگلا اور ایک پچھلا۔ اگلے مثلث کا قاعدہ یا مثبت پہلو سمفنز پیوئس (ارتفاق عانہ) پر اور اس کا راس سروکس (عنق) کے اگلے حصہ پر ہوتا ہے۔ پچھلے مثلث کا قاعدہ سیکرم (عجز) کے زیریں حصہ اور کاکس (عصص) پر ہوتا ہے، اور اس کا راس پرینیم (عجان) کے کنارے پر ہوتا ہے۔ اگلا مثلث اور مثانہ بالائی جانب کو گھنچ جاتے ہیں اور سروکس (عنق) کا اگلا لب ہٹ کر انگلی کی پہنچ سے باہر ہو جاتا ہے۔ اگر وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں قاسطیڈالنے کی ضرورت پڑے، تو یوریتھرا (مجرى البول) کھنچا ہوا پایا جاتا ہے۔ چنانچہ تا وقتیکہ قاسطیڈالنے کی نوک سمفنز پیوئس (ارتفاق عانہ) کی چوٹی سے اوپر کے لیول تک نہ پہنچ لے، مثانہ کے بول تک رسائی نہیں ہوتی۔ سمفنز پیوئس (ارتفاق عانہ) کے اوپر کل کا کل مثانہ نہیں ہوتا، البتہ اس کا نچلا حصہ اتنا بچکا ہوا ہوتا ہے کہ اس میں پیشاب رکھنے کی قابلیت نہیں ہوتی۔ اس درمیان میں پچھلا مثلث اس طرح پرینچے ڈھکل جاتا ہے کہ مبرز کھل جاتا ہے، ممکن ہے کہ اس کا ناپ پیچھے سے لے کر آگے تک $\frac{1}{2}$ انچ ہو، اس سے ریگیم (منتقیم) کی اگلی دیوار بہت حد تک منکشف ہو جاتی ہے۔ لوئر یوٹران سینٹ (رحم کے قطعہ) اسفل) اور سروکس (عنق) کی پچھلی دیوار اتنی نہیں کھینچتی جتنی کہ اگلی دیوار کھینچتی ہے لہذا یہ تن جاتی ہے اور پتلی ہو جاتی ہے۔ ان دو پیلوک (حوضی) مثلثوں کی حرکت کو دو پھر بولنے پٹوں کے فعل سے تشبیہ دی گئی ہے، جو پھر کر ایک دوسرے سے علیحدہ ہٹ جاتے ہیں، اور اس طرح ایک چوڑا راستہ پیدا کرتے ہیں حالانکہ ان کے قاعدوں یا مثبت نقطوں کی کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

وضع حمل کے پہلے مرحلہ کی بہ نسبت، دوسرے مرحلہ کی دریں زیادہ پرزور اور طویل مدت ہوتی ہیں اور ان کے درمیان وقفے زیادہ چھوٹے ہوتے ہیں۔ دوسرے مرحلہ کے اختتام کے قریب ہر دو ایک منٹ یا زیادہ طویل مدت تک جاری رہتا ہے اور ان کے درمیان دو یا تین منٹوں کا وقفہ ہوتا ہے، اور اختتام پر ممکن ہے کہ دریں تفریقاً مسلسل ہوں۔

دوسرے مرحلہ میں جو درد ہوتا ہے، وہ بہ نسبت اس درد کے جو کہ پہلے مرحلہ میں ہوتا ہے، زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جیسے ہی کہ مریلیوس (حوض) کے اندر سے گزرنے پر مریضہ ٹانگوں میں اینٹھن کی شکایت کرے جس کی وجہ سیکرل (عجزی) اعصاب پر دباؤ پڑتا ہے۔ پہلے وضع الخوں میں ولوا (فرج) کے بزور تھنے کے باعث حاد درد محسوس ہوتا ہے۔

ان دردوں کی نوعیت پہلے مرحلہ کی دردوں کی نوعیت سے مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ جیسے ہی درویں لگیں، مریضہ چلا اٹھے، مگر عموماً وہ ایک گہری سانس لیتی ہے اور پھر اپنی سانس روک لیتی اور اپنے زفیری عضلات کی پوری طاقت سے حرق کرتی ہے اور اکثر اوقات جیسے ہی کہ درد چلا جاتا ہے وہ پھر چلا پاتی ہے۔ انتہائی درد کی حالت میں ممکن ہے زفیری کراسنا اور غزنا پایا جائے۔ زفیری یا خارج کرنے والی کوششیں جُزوی طور پر اختیار کی جاتی ہیں، لیکن زیادہ تر معکوس ہوتی ہیں، جو کہ ویجاٹنا (مہبل) میں ایک غریب جسم کی موجودگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اپنی خارج کرنے والی کوششوں کو مدد پہنچانے کے لئے زچہ اکثر اوقات اپنے پیروں کو کسی مثبت شے جیسے کہ پلنگ کے ڈنڈے پر ٹیک لیتی ہے، اور ایک تولیہ پر جو کسی مثبت نقطہ سے بندھا ہوتا ہے، ایجا تانی کرتی ہے۔

256

درد کے دوران میں جنینی ضربات قلب کی رفتار دیکھی ہو جاتی ہے۔ اگر بچہ کے پلیسنٹل (مشیبی) دوران خون پر یا اس کے سر پر یا ان دونوں پر دیر تک دباؤ پڑنے سے نقصان نہ پہنچنے لگا ہو تو ضربات قلب دردوں کے درمیان اپنی طبعی سرعت دوبارہ حاصل کر لیتی ہیں۔

ہر درد کے ساتھ تقریبی حصہ دھکل کر پیلوک (حوضی) فرش پر آ جاتا ہے اور اس ساخت کو پھیلاتا ہے اور نیچے کی جانب دبا تا ہے۔ مگر پیلوک (حوضی) فرش، درووں کے درمیانی وقفوں میں تقریبی حصہ کو اکثر اوقات مسلسل چھوٹے چھوٹے جھٹکے دے کر پھر اوپر ڈھکیل دیتا ہے۔ اب باز کشیدگی ایک اہم حصہ لیتی ہے، یعنی ہر متوالی کانٹرکشن (انقباض) کے بعد یوٹرائن کیوٹی (کہنہ رحم) پہلے کی نسبت کچھ زیادہ چھوٹی ہو جاتی ہے، چنانچہ کسی انقباض سے جو ترقی ہو جاتی ہے، وہ مابعد کے وقفوں میں زائل نہیں ہوتی۔ پرمی گریوڈ (اولین حاملہ زچہ) میں سر ولوا (فرج) پر معتد بہ عرصہ تک دکھائی دیتا ہے

قبل اس کے کہ باہر نکلے۔ انجام کار اس کے بہت مرتبہ نیچے ڈھکلنے اور پھر اپنی جگہ پر واپس آنے کے بعد ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ ایک انقباض کے اختتام پر سر ساکن رہتا ہے اور ولول (فرجی) دہنہ کو متند کر دیتا ہے۔ اسے سر کا کرونگ (crowning = ظہور منہ) کہتے ہیں، جس کا مطلب یہ ہے کہ پیلوک (حوضی) فرش اتنا تن گیا ہے کہ اب وہ وقفوں کے دوران میں سر کو اوپر کی جانب نہیں ڈھکیل سکتا۔ ایک اور در و عام طور پر سر کو خارج کر دیتا ہے جس سے سر سامنے اور زیرین جانب کی سمت میں ظاہر ہوتا ہے۔ متعالم کے لئے یہ جاننا ضروری ہے کہ سر بہت آگے کی جانب جاتا ہے۔ وجہ یہ ہے کہ رحمی اوٹ کی عضلات سر کو خاص طور پر نیچے کی جانب دباتے ہیں، اور پیلوک (حوضی) فرش کے عضلات اسے اوپر کی جانب اور آگے کی جانب دباتے ہوتے ہیں۔ ان دونوں قوتوں کا حاصل زیادہ تر آگے کی جانب ہوتا ہے۔ عظمی پیلوک (حوضی) کے اوٹ لیٹ (مخرج) کا محور زیریں جانب اور اگلی جانب ہوتا ہے، اور ہڈیوں کے بیچ کے نرم حصوں کا محور تقریباً براہ راست آگے کی جانب ہوتا ہے۔

جیسے ہی کہ سر پری گریوڈا (ایک اولین حاملہ) کی ولوا (فرج) کے اندر سے گزرتا ہے، در و ولول (فرجی) دہنہ کے تننے کی وجہ سے بہت شدید ہوتا ہے، غالباً مریضہ چلاؤ پھٹتی ہو اور حرق کرنا بند کر دیتی ہے، کہا جاتا ہے کہ یہ پر نیم (عجان) کی حفاظت کے لئے سیفٹی ویلوکیشن (safety-valve action = محافظ کو آرڈی کا عمل) ہے، کیونکہ سر کے ولول (فرجی) دہنہ سے گزرتے وقت اگر زچہ سخت حرق کرے تو پر نیم (عجان) کے پھٹ جانے کا احتمال ہے۔

پہلے وضعات حمل میں ہامن (hymen = پردہ بکارت) پچھلی طرف سے پھٹ جاتا ہے، اور فور شٹ (fourchette = قید الشفرتین) ہمیشہ نہیں لیکن اکثر اوقات دریدہ ہو جاتی ہے۔ جس چیز کو ”ناگزیر“ دریدگی کہا جاتا ہے وہ یہی فور شٹ (قید الشفرتین) کی دریدگی ہے۔

اگر اس در و سے جو سر کو خارج کرتا ہے بچہ کا جسم تولد نہ ہو تو عام طور سے یہ دوسرے در و سے تولد ہوتا ہے، جس کے مابعد لاگرا یمنیائی (رصل) پھوٹ نکلتا ہے جو اکثر اوقات خون آلود ہوتا ہے۔

کیپٹ سکیڈ نیم (caput succedaneum = سابیا) - عین اس وقت جبکہ باقی کا سر دبنا ہوتا ہے، سر کا وہ حصہ جو سب سے آگے ہوتا ہے، دباؤ سے آزاد ہوتا ہے۔ چنانچہ وریڈی امتداد کے نتیجہ کے طور پر اس جلد الراس کے اندر جو سر کے سب سے آگے کے حصہ کو ڈھانکتی ہے، پلازما کا ترشح ہوتا ہے اور اس پر ایک تہیجی ورم بن جاتا ہے جسے کیپٹ سکیڈ نیم (caput succedaneum = سابیا) کہتے ہیں۔

ان عورتوں میں جن میں سر لوئر یوٹرائن ٹینٹ (رحم کے قطعہ اُغل) میں اتنا تنگ آتا ہے کہ سر کے نیچے کے اغشیہ کی تھیلی کا لائکریمنیائی (رصل) بقیہ لائکریمنیائی (رصل) سے کامل طور پر جدا ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) کی تکون اغشیہ کے شق ہونے سے پہلے ہو جائے۔ لیکن بالعموم کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) جب تک کہ اغشیہ شق نہ ہو جائیں، نہیں بدلتا۔ اگر اغشیہ کا اشتقاق آس یوٹرائی (فم رحم) کے پورے طور پر متع ہونے سے پہلے ہو جائے، تو سر نیچے آس یوٹرائی (فم رحم) میں ڈھکل جاتا ہے، اور سارے کا سارا جنین دب جاتا ہے، باستثناء سر کے اس حصہ کے جو آس یوٹرائی (فم رحم) کے اندر سے نکلا ہوا ہوتا ہے۔

زمانہ مابعد میں کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) کی تکون اس طرح ہوتی ہے کہ سر پیکوس (حوض) میں یا ولول (فرجی) دھنہ میں کس کے آتا ہو۔ اس صورت میں بھی جو حصہ سب سے آگے ہوتا ہے، وہ دباؤ سے آزاد ہوتا ہے، حالانکہ بقیہ کل جنین دب جاتا ہے۔ دوسرے مرحلہ میں جو کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) بنتا ہے، وہ اس کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) کے مقام سے کہ جو پہلے مرحلہ میں بنتا ہے، مختلف مقام پر رکھتا ہے۔ اس کی وجہ ان طریقہ جمعہ کی تھیدگی اور ویر ہے جو کہ بعد میں بیان ہوگی۔ ان صورتوں میں جن میں سر ویر شدید اور طویل دباؤ پڑتا ہے، کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) کے اندر پلازما کے علاوہ دھونی جیسے بھی پائے جاتے ہیں۔

کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا)، بخلاف اس سیفل ہماٹوما (cephal-haematoma = راسی سلوہ دموید) کے جو آگے بیان کیا جائے گا، ولادت کے بعد جراثیم میں نہیں بڑھتا، بلکہ چند گھنٹے یا دنوں میں بتدریج غائب ہو جاتا ہے (تصویر 230)۔

اگر کسی دوسرے حصہ مثلاً چہرہ یا برہیچ (سوزن) کی تھریق ہو تو سب سے اگلے حصہ پر ایک ورم بنتا ہے، جو بالکل کیپٹ سکیڈ نیم (سابیا) سے مشابہ ہوتا ہے۔

مولڈنگ (moulding = انصباع)۔ دباؤ سے سر کی شکل میں جو تئیر است پیدا ہوتے ہیں وہ انصباع کہلاتے ہیں۔ قاعدہ حجم کی ہڈیاں پھکنے کی قابلیت نہیں رکھتیں کیونکہ وہ ایک دوسری سے اس طرح جڑی ہوئی ہیں کہ ان کے درمیان کوئی حرکت ممکن نہیں ہوتی۔ لیکن کاسہ سر کی ہڈیوں میں پھکنے کی قابلیت ہوتی ہے کیونکہ اس کی درزوں کی وجہ سے انفرادی عظام کے درمیان کستقد حرکت ہو سکتی ہے۔ پرائسٹل (جداری) عظام اور آکسیٹل (قدالی) اور فرائل (وجہی) عظام کے لوجی حصے دباؤ سے جھک سکتے ہیں۔ لہذا پرائسٹل (جداری) عظام جب بہت زیادہ دبتے ہیں تو آکسیٹل (قدالی) اور فرائل (وجہی) عظام پر متراکب ہو جاتے ہیں اور چونکہ اگلا پرائسٹل (جداری) عظم پچھلے پرائسٹل (جداری) عظم کی نسبت کم دبتا ہے لہذا یہ بھی اپنے ساتھ کے عظم پر متراکب ہو جاتا ہے۔ اس مولڈنگ (انصباع) کے ذریعہ سے حجم کے وہ قطر جن پر سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے جماعت میں معتد بہ حد تک گھٹ جاتے ہیں۔

258

تیسرا مرحلہ۔ رحم بچہ کے جسم کا تعاقب کرتا ہے اور بچہ کے اخراج کے بعد فٹل (قعر) ایک ایسے نقطہ پر پہنچتا ہے جو ناف سے فرائیج ہوتا ہے۔

بالعموم بچہ کے اخراج کے بعد کم سے کم دس یا پندرہ منٹ تک کوئی زور وار درویں نہیں ہوتیں۔ رحم جس میں اب صرف پلینٹا (مشیمہ) اور اغشیہ ہوتے ہیں باز کشیدہ رہتا ہے اور اس میں کوئی واضح انقباضات نہیں ہوتے۔ بعض اوقات مصنوعی تحریک کی عدم موجودگی میں ممکن ہے کہ ایک گھنٹہ تک کوئی فعال انقباض نہ ہو۔ لیکن اگر اس مرحلہ میں رحم پر ہلکا ہاتھ رکھا جائے تو وہ خفیف لے دار انقباضات محسوس کرتا ہے جو اتنے شدید نہیں ہوتے کہ مریضہ کو محسوس ہوں۔ کچھ عرصہ کے بعد جو مختلف مثالوں میں مختلف ہوتا ہے، پلینٹا (مشیمہ) ویجاٹا (مہبل) میں یا بستر پر خارج ہو جاتا ہے۔

چونکہ رحمی دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور رحم کی اندرونی سطح چھوٹی ہو جاتی ہے لہذا البقیہ اندرونی سطح کے ساتھ ساتھ پلینٹل (مشیمہ) مقام بھی سکتا ہے حتیٰ کہ وہ ایک ایسے درجہ پر پہنچ جاتا ہے کہ اگر پلینٹا (مشیمہ) غیر طبعی طور پر منضم نہ ہو تو علیحدگی واقع ہونا لازمی ہے۔ انجیکشنل ہیمریج (اتفاقی زرف) میں (دیکھو صفحہ 467) پہلے مرحلہ میں علیحدگی واقع ہونے کے لئے صرف اوسط درجہ کی باز کشیدگی کی ضرورت ہے۔ یہ سکتا ہے پلینٹا (مشیمہ) کی

جزوی علیحدگی کا باعث ہوتا ہے بشرطیکہ پلینٹا (مشیمہ) غیر طبعی طور پر منضم نہ ہو۔ چنانچہ پھر جسم پلینٹا (مشیمہ) سے بہ حیثیت ایک جسم غریبہ کے بڑناؤ کرتا ہے، اور اُسے ویجاٹنا (مہبل) میں ڈمکیل کر خارج کر دیتا ہے۔ عام طور پر پلینٹا (مشیمہ) کی مادری سطح پر خون کے ٹھکے کا ایک تودہ پایا جاتا ہے اس کی وجہ پلینٹا (مشیمہ) کے مقام کے اس حصہ سے خون کا رسننا ہے کہ جہاں سے پلینٹا (مشیمہ) پہلے جدا ہوا تھا۔ یہ جریان خون بقیہ پلینٹا (مشیمہ) کے جدا ہونے میں مدد دیتا ہے، مگر اس کی علیحدگی میں یہ کوئی ایسا سبب نہیں کہ جو ہمیشہ پایا جائے۔ اگر اس وقت جب کہ پلینٹا (مشیمہ) کا ایک حصہ جدا ہو چکا ہو، رحم ناممل باز کشیدگی کی وجہ سے ڈھیلا پڑ جائے، تو منکشف شدہ پلینٹل (مشیمی) مقام سے نرف واقع ہوتا ہے اور دوسرا کانٹریکشن (انقباض) ہونے پر یہ خون جو رحمی دیوار اور پلینٹا (مشیمہ) کے درمیان بے گیاب ہے، دب کر چپٹا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحمی دیوار سے پلینٹل (مشیمی) سطح کا اور زیادہ حصہ جدا ہو جاتا ہے۔ جنینی سطح پر عموماً ایک نقطہ ہوتا ہے جو نال کی انتہا اور پلینٹا (مشیمہ) کے کنارے کے درمیان ہوتا ہے، پلینٹا (مشیمہ) کا وہ حصہ جو رحم سے سب سے پہلے جدا ہوتا ہے یہی نقطہ ہوتا ہے۔ جو نہی کہ پلینٹا (مشیمہ) خارج ہوتا ہے، یہ اغشیہ کو اپنے پیچھے کھینچتا ہے، جس میں انیان (انفس) باہر اور کوریان (سلی) اندر ہوتی ہے۔ رحمی دیوار سے اغشیہ کی علیحدگی ڈیڈ وا (غشائے ساقط) کے خط پر ہوتی ہے، چنانچہ ڈیڈ وا (غشائے ساقط) کا ایک حصہ کوریان (سلی) سے لگا ہوا نکل آتا ہے، اور باقی ماندہ حصہ رحم میں رہ جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں لوئر یوٹرائن سیگنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کے بیشتر حصہ سے اغشیہ جدا ہو چکے ہیں۔ بچہ کی ولادت کے بعد کیوبٹی (دکھن) کی وسعت میں تخفیف کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اغشیہ میں ڈیڈی ٹکٹیں پڑ جاتی ہیں اور وہ صرف کسی کسی جگہ پر لگے ہوئے رہ جاتے ہیں۔ عام طور سے جب پلینٹا (مشیمہ) خارج ہو جاتا ہے، تو رحمی دیوار سے اغشیہ کی علیحدگی مکمل ہو جاتی ہے۔ انیان (انفس) ایک لوحہ ارعشار ہے، جو نال کی جڑ میں مضبوطی سے لگی ہوتی ہے، اور جس کا پلینٹا (مشیمہ) کے ساتھ کھینچ آنا یقینی ہے۔ کوریان (سلی) پلینٹا (مشیمہ) کے کنارے سے چپکی ہوتی ہے، لیکن انیان (انفس) کے ساتھ اس کا قریبی تعلق ہوتا ہے، جو وضع حمل کے تیسرے مرحلہ کے نقطہ نظر سے زیادہ اہم ہے۔ اگر کوریان (سلی) اب بھی انیان (انفس) سے جڑی ہوئی ہو تو تقریباً یقینی طور پر وہ اس غشائے

کل کی کل باہر نکل آئے گی۔ لیکن جب اغشیہ بڑی دیر سے شوق ہوں، تو کوریان (سلی)، انیان (انفس) سے بڑی حد تک جدا ہو چکی ہوتی ہے اور گمان غالب ہے کہ پلینٹا (مشیمہ) کی نسبت ڈسید وا (غشاء ساقط) سے اس کا تعلق زیادہ مضبوط ثابت ہوگا، لہذا ممکن ہے کہ جب ڈسید وا (مشیمہ) اور انیان (انفس) پیدا ہوں، تو کوریان (سلی) یا اس کا بڑا حصہ باقی رہ جائے۔

جیسے ہی پلینٹا (مشیمہ) خارج ہوتا ہے اسی وقت عام طور سے خون پھوٹ پڑتا ہے جس کی مقدار چند اونس سے زیادہ نہیں ہوتی۔ پلینٹا (مشیمہ) کے رحم کی دیوار سے جدا ہو جانے کے بعد اگر رحم اچھی طرح سے باز کشیدہ نہ ہو تو نزف واقع ہوتا ہے۔ لیکن جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے اگر وہ اچھی طرح باز کشیدہ ہو جائے تو پلینٹا (مشیمہ) کی ولادت کے بعد اتنا ہی ہوتا ہے خون کا خفیف سار سا ہوتا ہے اس صورت میں رحم سخت اور تقریباً جینی سر کی جسامت کے برابر گول گنبد جیسا محسوس ہوتا ہے اور رحم کی چوٹی، ناف اور پیوں (عانة) کے تقریباً بیچوں بیچ مقام تک پہنچتی ہے۔

(طبعی وضع حمل میں خون کی جو اوسط مقدار ضائع ہوتی ہے وہ نصف پائرنٹ کے قریب ضائع ہوتی ہے، یعنی پلینٹا (مشیمہ) کی ولادت سے پہلے تقریباً ۱۰ اونس اور باقی اُس کے ساتھ۔

وضع حمل کی مدت۔ پری پیرا (primipara = اولیں ولادت زچہ) میں وضع حمل اوسطاً تقریباً پندرہ تا بیس گھنٹے جاری رہتا ہے۔ ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں اوسط وقت سات تا دس گھنٹے شمار کیا جاسکتا ہے۔ پری پیرا (اولیں زچاؤں) میں پہلا مرحلہ عموماً تقریباً بارہ سے اٹھارہ گھنٹے تک رہتا ہے اور سر و گنس (عنتق) کے اتساع میں ان میں ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) کی نسبت زیادہ دیر لگتی ہے۔ دوسرے مرحلہ میں پری نیم (عجمان) اور ویجاٹا (مہیل) کا سوراخ ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) کی نسبت پرمی پیرا (اولیں ولادت زچاؤں) میں زیادہ مزاحمت ثابت ہوتا ہے۔ اگر انھیں سال کی عمر سے متجاوز پرمی پیرا (اولیں زچاؤں) ہوں تو ان میں جملہ ملائم حصوں سے اور بھی زیادہ مزاحمت کی توقع کی جاسکتی ہے، اور یہ مزاحمت ترقی عمر کے ساتھ زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ لیکن چالیس سال کی عمر سے اوپر کی بعض پرمی پیرا (اولیں ولادت زچاؤں) میں

وضع حمل آسانی سے ہوتے ہیں۔ نہایت شاذ و نادر ممبر پر می پیرا (اولیں زچاؤں) میں یعنی ان عورتوں میں جو پینتیس سال یا اس سے اوپر ہوتی ہیں، ایک مزید دشواری سیکڑو کا سبب حمل جائزٹ (sacro-coccygeal joint = عجزی عصصی مفصل) کی نسبتاً غیر حرکت پذیر بنی ہوئی ہے۔

ممکن ہے کہ بعض لمبی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں وضع حمل صرف دو یا تین گھنٹہ جاری رہے۔ یہ بہت غیر عام نہیں ہے کہ لمبی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں آس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع کے بعد دو یا تین دروؤں میں بچہ تولد ہو جائے۔ کسی انفرادی مثال میں قیاس آرائی سے بڑھ کر یہ پیش گوئی کرنا کہ وضع حمل کتنی مدت تک جاری رہے گا، بیوقوفی ہے۔

باب ست و ششم

قبائلی تشخیص

بعض اصطلاحات جو جنین کے بارے میں اور جنین اور رحم کے باہمی تعلق کے بارے میں برتی جاتی ہیں ان کی توضیح کی ضرورت ہے۔

لالی (lie = افتاد)۔ بچہ کی لائی (افتاد) سے مراد یہ ہے کہ بچہ کا طولی محور ماں کے طولی محور سے کیا تعلق رکھتا ہے۔ لالی (افتاد) طولی یا ترچھی یا عرضی ہوتی ہے۔

پریزنٹیشن (presentation = تطریق)۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بچہ کا کونسا حصہ ہے جو لوئر یوٹرائن سینکٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں جگہ لیتا ہے اور انٹرل آس (اندرونی فم رحم) کے اوپر پڑا ہوتا ہے۔ جب سر لوئر یوٹرائن سینکٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں موجود ہوتا ہے اور شکم پر خمیدہ ہوتا ہے تو اسے وٹکس پریزنٹیشن (vertex presentation = قبی تطریق) کہتے ہیں۔ اگر یہ شکم پر بسط کردہ ہو تو اسے فیس پریزنٹیشن (face presentation = و۔ جہی تطریق) اور اگر خمیدگی اور بسط کردگی کے بین بین ہو تو برو پریزنٹیشن (brow presentation = جبینی تطریق) کہتے ہیں۔ اگر بریج (سرین) لوئر یوٹرائن سینکٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں جگہ پاتی ہو تو بریج پریزنٹیشن (breech presentation = سرینی تطریق) ہوتی ہے۔ اگر گھٹنے یا پیروں سے نیچے ہو تو اسے ٹیسٹیکل کونی پریزنٹیشن (knee presentation = رکبی تطریق) یا فٹ لنگ پریزنٹیشن (footling presentation =

قدیمی طریق) کہتے ہیں یہ دونوں بریچ (سرسی) تطبیق کے اقام ہیں۔ اگر بچہ ترجیحے طور پر پراہوتہ غادہ طور پر انٹرل آس (اندرونی فم رحم) پر ایک شان ہوتا ہے، اسے ٹولڈر پریزنٹا (shoulder presentation = کتفی تطبیق) کہتے ہیں۔

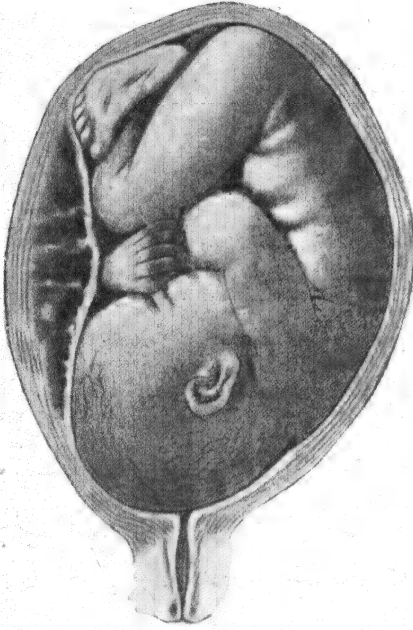
پوزیشن (position = وضع) کی اصطلاح سے مراد یہ ہے کہ بچہ کا ایک خاص حصہ ماں کے اگلے حصے یا پیٹھ سے کیا تعلق رکھتا ہے۔ اگر بچہ کی پیٹھ سامنے کی جانب رخ رکھتی ہو تو کہا جاتا ہے کہ بچہ ڈارسو انٹریئر (dorso-anterior = اگلی پچھلی) وضع میں ہے۔ اور اگر فیس پر پریزنٹیشن (دہمی تطبیق) میں ٹھڈی پیٹھ کی جانب رخ رکھتی ہو، تو اس کو منٹو پوسٹریئر (mento-posterior = ذہنی عقبی) وضع بولتے ہیں، علیٰ ہذا القیاس۔

ایسی جھوٹ (attitude = انداز) یہ اصطلاح اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ بچہ کے مختلف حصے آپس میں ایک دوسرے سے کیا تعلق رکھتے ہیں۔ اگر پیٹھ، سر، اور اعضاء خمیدہ ہوں، تو کہا جاتا ہے کہ بچہ خمیدگی کے انداز میں ہے، اور اگر بسط شدہ ہوں تو کہا جاتا ہے کہ یہ بسط شدگی کے انداز میں ہے۔ عموماً خمیدگی کا انداز پایا جاتا ہے، اس میں پیٹھ قوس دار ہوتی ہے اور اس کا متدب ظہری ہوتا ہے، سر بینہ کی جانب جھکا ہوا ہوتا ہے، رانیں اور پر شکم کی جانب (خمیدہ) ہوتی ہیں، گھٹنے اس طرح مڑے ہوتے ہیں کہ پیر سرینوں کے قریب ہوتے ہیں، اور بازو اور پیش بازو خمیدہ اور سینے پر بندھے ہوئے ہوتے ہیں (تصویر ۶۷)۔

عام طور پر لائی (افقاد) طولی ہوتی ہے، اور عموماً سر تطبیق کرتا ہے۔ ۹۶ فی صدی مثالوں میں پورے دن پر بچہ طولی طور پر پراہوتا ہے، اور سر قطعہ رحم کے زیرین حصہ میں ہوتا ہے اور بریچ (سرین) فنڈس (قعر) میں ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ پائی جاتی ہے کہ پورے دن پر جنین کو اپنے آپ کو شکل رحم کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ حل کے ابتدائی مہینوں میں لائکرامینائی (رصل) نسبتاً زیادہ افراط سے ہوتا ہے، اور جنین آزادی سے تیر سکتا ہے۔ لیکن جوں جوں حل ترقی پاتا ہے اور جنین کی جسامت بسرعت بڑھتی ہے، لائکرامینائی (رصل) کی مقدار نسبتاً کم ہوتی جاتی ہے۔ چنانچہ پورے دن پر جنین آزادی سے نہیں تیر سکتا بلکہ اُسے اپنے آپ کو شکل رحم کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ جب مکمل خمیدگی کا انداز پایا جاتا ہے تو پوری بریچ (منٹو) حصہ (یعنی سرین، معراٹوں اور پیروں کے ان حصوں کے جو کہ ہم پہلو ہیں، ایک ایسا تودہ بناتے ہیں جو کہ سر کی نسبت زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ پورے دن پر یوٹرین کیونٹی (کہہ رحم)

ناشی پاتی کی شکل کی ہوتی ہے، جس کا بڑا سرا اوپر کو ہوتا ہے، لہذا اس میں جنین بہترین طور پر اسی طرح ٹھیک آسکتا ہے کہ برتچ (سفلی حصہ) رحم کی بالائی حصہ میں اور سر زیریں حصہ میں ہو۔ کامل المیعا د وضع حمل کی بنسبت، پرمچور (قبل از میعا د) وضع حمل میں غیسر اسی

تطریقات بہت زیادہ عام ہیں۔ اس کی دوجوہات ہیں۔ اول تو یہ کہ پرمچور (پیش از میعا د) وضع حمل میں لائکر ایمنیائی (رصل) نسبتاً زیادہ افراط سے ہوتا ہے اور ثانیاً یہ کہ پورے دن پر پیدا ہونے والے بچوں کی نسبت، پری میچور (قبل المیعا د) بچوں میں سر نسبتاً زیادہ بڑا ہوتا ہے۔



اگر پورے دن پر سر غیر متناسب طور پر بڑا ہو، مثلاً جیسا کہ ہائڈروسیفالس (hydro-cephalus = استسقاء الرأس) میں ہوتا ہے، تو گمان غالب ہے کہ

بچہ میں برتچ (سرین) تطریقی کرے، کیونکہ کافی یافتہ سر برتچ (سرینوں) سے بڑا ہونے کی وجہ سے فنڈس (قعر) میں جگہ پاتا ہے، جو کہ رحم کا زیادہ بڑا سرا ہوتا ہے۔

اگر لائکر ایمنیائی (رصل) کی زیادتی ہو (یعنی ہائڈرامنیوس = hydramnios) کثرت رصل ہو، تو میسلیرینٹیشنز (تدنق)

ناقص کے پیدا ہونے کا احتمال ہے، کیونکہ بچہ آزادانہ دھرو دھر حرکت کر سکتا ہے، اور اسے اپنے کو یوٹرائن کیوٹی (کہنہ رحم) کے متوافق بنانا نہیں پڑتا۔

اگر پلوئس (حوض) منقبض ہو، اور سر بہ آسانی برم (گگر) میں داخل نہ ہو سکتا ہو، تو میسلیرینٹیشن (تطریقی ناقص) کے واقع ہونے کا احتمال ہے۔

تصویر ۶۷۔

مکمل خمیدگی کا عام ایچی پیوڈ (انداز) لائی (افتاد) طوی ہے۔ وریکس (رقہ) تطریقی کر رہا ہے۔

اگر اختتام حمل کے قریب بچہ سر بچا پڑا ہوا ہو اور لانگرا مینیا کی (رحل) کی ایک کثیر مقدار موجود نہ ہو تو آغاز وضع حمل میں جو یوٹرائن کانٹرکشنز (رحمی انقباضات) ہوتے ہیں وہ بچہ کی لائی (افتاد) کو ایک طولی لائی (افتاد) میں تبدیل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب رحم منقبض ہوتا ہے تو وہ زیادہ ناشیائی شکل کا ہو جاتا ہے اور اس کی وہ دیواریں جو ڈھیلی ہوئے کی حالت میں جنین کے مطابق شکل بدل رہی ہیں اب جنین کے دونوں سروں کو دبا تی ہیں اور اس کی لائی (افتاد) کو بدلنے کا رجحان رکھتی ہیں۔

جنین کے طولی لائی (افتاد) اختیار کرنے میں جنین کی حرکات بھی اس کی معاون ہوتی ہیں۔ مثلاً بریج (سہریلوں) کی قطریاتی کے واقع ہونے کا امکان یہ نسبت زندہ بچہ کے مردہ بچہ کی صورت میں زیادہ ہوتا ہے کیونکہ مردہ بچہ میں حرکات اور عضلاتی تنش مفقود ہوتی ہے۔ زیادہ عام طور پر بچہ کی پشت ماں کی پشت کی طرف نہیں بلکہ سامنے کی طرف رخ رکھتی ہے۔ اس کی بھی وجہ یہی ہے کہ بچہ کو اپنے آپ کو یوٹرائن کیوٹی (کہفہ رحم) کی شکل کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ یوٹرائن کیوٹی (رحمی کہفہ) اور بخار کے دوران میں سامنے زیادہ اور پشت کی جانب کم متغیر ہوتی ہے اس وجہ سے کہ شوکہ کے قطعی حصہ کا متغیر سامنے کی جانب ہوتا ہے کہ جس پر بچہ پڑا ہوتا ہے۔ جنینی جسم کی تغیر مادی شوکہ کے متغیر پر اس وقت ٹھیک بیٹھتی ہے جب کہ جنین کی پشت سامنے کی جانب ہو۔

اگر جنین کی پشت ماں کی پشت کی طرف ہو تو وہ دونوں تحدبات موصل ہوتے ہیں اور جنین یوٹرائن کیوٹی (کہفہ رحم) کی شکل میں ٹھیک نہیں بیٹھتا، تاوقتیکہ اس کی پشت اس سے کم خمیدہ نہ ہو کہ جتنی طبی طور پر ہونی ہے۔

شوکہ کے زائیدی استخوانیں اگر زایہ طہری خط میں زیریں جانب واقع ہو تو لوہر (lumar = قطعی) شوکہ کا منحنی تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ مادی شوکہ ایک ایسی سطح پیش کرنا ہی جو سامنے کی جانب متغیر ہوتی ہے۔ اس صورت میں ممکن ہے کہ جنین مادی شوکہ کے نشیب میں اپنی پشت کر کے لیٹا ہو۔

جن صورتوں میں ماں کی شکلی دیوار کمزور ہوتی ہو پینڈولوس بلی = pendulous belly لٹکا ہوا پیٹھ [ان میں رحم آگے کی جانب جھک آتا ہے اور شوکہ سے ملا ہوا نہیں رہتا۔ ان صورتوں میں میڈیکل پریسٹیشنرز (طریقہات ناقص) ایک عام امر ہے کیونکہ جب رحم کو شکلی دیوار کا

کافی سہارا حاصل نہ ہو، تو اس کی شکل بہت کم معین ہوتی ہے۔

حاصل رحم میں عموماً ایک خفیف دبنا جانہی تر چھاپن ہوتا ہے، یعنی یہ دہسہی جانب کو جھکا ہوتا ہے۔ عموماً اس میں دہسہی طرف کو ایک تدویر بھی ہوتی ہے، یعنی اس کی اگلی سطح کا رخ خفیف سا دہسہی جانب ہوتا ہے۔ چنانچہ یوٹرائن کیونٹی (کہنہ رحم) کا عرضی قطر اس قطر میں ہوتا ہے کہ جسے ماں کے شکم کا دہسنا تر چھاپہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ جب بچہ کی پشت سامنے کو اور بائیں جانب ہوتی ہے تو اس کا اگلا پچھلا قطر اسی قطر میں (اور یہ رحم کا سب سے بڑا قطر ہوتا) مقیم ہوتا ہے۔

263

شکمی امتحان - شکمی امتحان نہایت اہم ہے، اور اسے ویجاٹل (مہلی)، امتحان سے پہلے انجام دینا چاہئے۔

شکمی امتحان سے حسب ذیل امور معلوم کرنا ممکن ہے :-
۱۔ لائی (افتاد) وضع اور پریزینٹیشن (طریق)۔

۲۔ آیا تطریقی حصہ پیلوئس (حوض) میں داخل ہو چکا ہے یا نہیں۔ اس سے تطریقی حصہ اور پیلوئک برم (حوضی لگڑ) کی اضافی جسامتوں کے متعلق ایک اندازہ قائم کیا جاسکتا ہے۔
۳۔ غیر طبعی حالتوں کی موجودگی جیسے ڈاکٹر امینیائی (رصل) کی زیادتی، توأم حمل اور شکمی سلعات۔

۴۔ آیا بچہ زندہ ہے یا نہیں۔

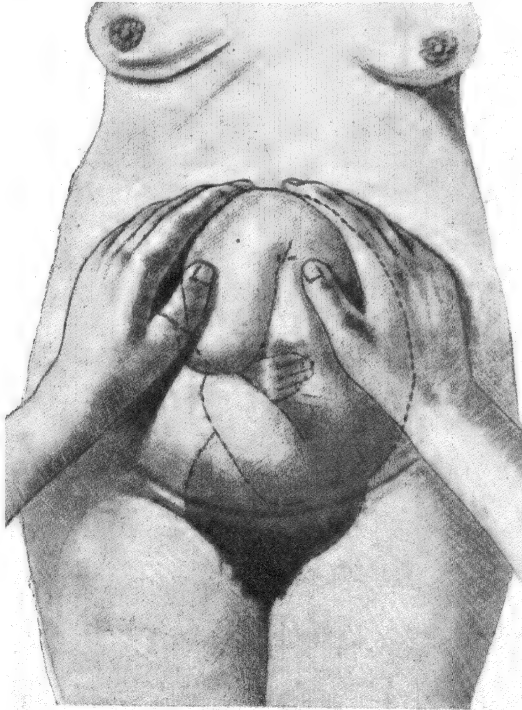
۵۔ بچہ کی جسامت کا کچھ اندازہ کیا جاسکتا ہے یا نہیں۔

اگر کسی زچہ کو وضع حمل کی ابتدا میں یا وضع حمل شروع ہونے سے قبل دیکھا جائے تو شاید تطریقی حصہ کی تشخیص بذریعہ ویجاٹل (مہلی)، امتحان نامکن ہو۔ بعض صورتوں میں تقریباً یقینی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ تطریقی حصہ ورٹکس (قمہ) نہیں ہے، لیکن یہ نہیں تمیز کیا جاسکتا کہ آیا وہ چہرہ، برتچ (سرین)، یا شانہ ہے۔ اس مرحلہ پر مذکورہ بالا تشخیص شکمی امتحان کے ذریعہ تقریباً ہمیشہ ہو سکتی ہے بشرطیکہ زچہ کی شکمی دیواروں میں چربی کی مقدار یا لاکر امینیائی (رصل) کی مقدار بہت زیادہ نہ ہو۔

زچہ کو بیٹھ کے بل لیٹنا چاہئے، اس طرح کہ اس کا سر ایک تکیہ پر ہو، اس کا پیٹ ڈھکا ہوا نہ ہو، اور گھٹنے خفیف سے سکرٹے ہوئے ہوں۔

امتحان میں دونوں ہاتھوں کی انگلیاں استعمال کرنا چاہئیں، اور ان کو شکم پر قریب قریب چٹا رکھنا چاہئے۔ اگر شکمی دیوار پتلی ہو تو یہ ٹھیک طور سے معلوم کرنا کہ بچہ کے مختلف حصے کس طرح مرتب ہیں، نہایت آسان ہوتا ہے۔ ان صورتوں میں جن میں شکمی دیواروں میں بہت کافی چربی ہو، یا جب زچہ کے شکمی عضلات سخت ہوں تو جس کرنے کی نسبت اگر انگلیوں سے دبایا جائے تو اس سے زیادہ معلومات حاصل ہونگی۔ ہاتھ گرم ہونا چاہئیں، اور اگر زچہ مضطرب ہو تو اسے باتوں میں لگانا چاہئے اور تسلی دینی چاہئے۔

بہترین یہ ہے کہ شکم کا حسب ذیل طریقہ پر باقاعدہ امتحان کیا جائے :-
۱۔ پہلے رحم کا خاکہ معلوم کرو، پھر دونوں ہاتھوں سے فنڈس (قعر) کو جس کرو۔ اگر بچہ (مرین) فنڈس (قعر) میں مقیم ہو تو ذرا بقیاعدہ خاکہ کا ایک بڑا جسم محسوس ہوتا ہے جو آنا گول یا سخت نہیں ہوتا جتنا کہ سر ہوتا ہے۔ جب انگلیاں پشت پر اوپر سے نیچے کو لائی جاتی ہیں تو



تصویر ۶۸۔ شکمی جس
بچہ (مرین) فنڈس (قعر) میں مقیم ہے۔

برتیج (سرینوں) اور دھڑ کے درمیان ان کو کوئی ایسی شے نہیں محسوس ہوتی جو شانوں سے
ابھاروں سے متناظر ہو۔ (سرین) سے تھوڑی دور اور ذرا زیرین نیول پر ایک گھنٹا کی ایک
پیر یا دونوں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

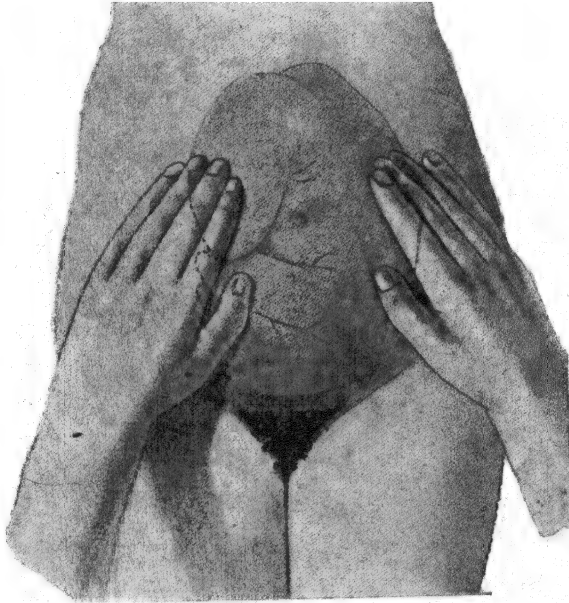
اگر سرینڈس (قعر) میں مقیم ہو تو ایک تودہ محسوس ہوگا جو برتیج (سرینوں) کی نسبت
زیادہ سخت، زیادہ گول، زیادہ چکنا اور زیادہ متحرک ہوتا ہے۔ غالباً اگلا شان محسوس ہوگا اور
سر کو جسم سے الگ حرکت دینی جائیگی۔ باہموم رکھنے کو یہاں خنن کا کوئی چھوٹا حصہ محسوس
نہیں کیا جاسکتا۔ رحم کے فنڈس (قعر) میں جب سر ہوتا ہے، تو فنڈس (قعر) بہت چھوٹا ہوتا ہے
بہ نسبت اس صورت کے جبکہ اس میں برتیج (سرین) ہوتی ہے (تصویر ۶۸)۔

۲۔ اس کے بعد اطراف شکم کو جس کرو یہ معلوم کرنے کے لئے کہ پیچھے کس طرف ہے۔ اگر
جنین کی پشت پیچھے کی نسبت زیادہ سامنے کی طرف رخ رکھتی ہو، تو شکم کے ایک جانب ایک
چوڑی اور چکنی مزاحم سطح اور دوسری جانب چھوٹی گمڑیاں یا ڈھیلے یعنی جوارح محسوس ہونگے۔
اگر یہ چھوٹے حصے سامنے کل شکم پر محسوس ہوتے ہوں، تو یہ لازمی ہے کہ پشت ایک طرف اور
پیچھے کی جانب رخ رکھتی ہو، چنانچہ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ یہ کس طرف ہے، کو کھ میں زیادہ
گہرے جس کی ضرورت ہوتی ہے۔ امتحان کے اس درجہ میں اس امر کے متعلق بھی کچھ اندازہ کیا
جاسکتا ہے کہ لائنگر ایمینائی (رصل) کی کس قدر مقدار موجود ہے (تصویر ۶۹)۔

۳۔ اس کے بعد ٹھیک پیو بیز (عانہ) کے اوپر کر کے، شکم کے زیرین حصہ کو ایک ہاتھ
کی انگلیوں اور انگوٹھے سے پکڑ واپس طرح کہ ہاتھ کا کلائی کی جانب کا حصہ نیچے کی جانب ہو اب
طولی لائنز (افدادوں) میں ہاتھ کی گرفت میں سر یا برتیج (سرین) آئیگی۔ اگر سر برم (گلگر) کے
اوپر ہو، تو اس کے مختلف حصوں کے معلوم کرنے کی کوشش کرو۔ اگر انگلیاں پشت سے پھل کر
سر کے چکے حصہ پر آجائیں اور ان کو کوئی ابھار محسوس نہ ہو تو تم جان لو کہ سر خمیدہ ہے اور
تم آگے پیٹ (قذال) کو محسوس کر رہے ہو۔ ایسی صورت میں برم (گلگر) کی دوسری جانب یعنی
آگے پیٹ (قذال) کے مقابل پشانی کو ایک ابھار کی حیثیت سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اگر
سر بٹ کر رہے ہو، تو پشت اور آگے پیٹ (قذال) کے درمیان ایک گہرا میز اب محسوس ہوتا
ہے۔ جب رحم کے زیرین حصہ میں برتیج (سرین) ہوتی ہے، تو یہ ایک تودہ محسوس ہوتی ہے
جو سر کی بہ نسبت زیادہ نرم اور بہت کم معین طور پر مدور ہوتا ہے۔ رحم کے زیرین حصہ میں

جب برتج (سرین) ہوتی ہے، تو یہ زیادہ چوڑا ہوتا ہے، بہ نسبت اس عورت کے جب کہ اس میں سر ہوتا ہے۔

اگر تقریبی حصہ برم (گلر) کے اوپر ہو تو اسے دونوں ہاتھوں سے دبانا چاہئے دیکھنے کے لئے کہ آیا اسے برم (گلر) میں داخل کیا جاسکتا ہے کہ نہیں۔ اگر سر برم (گلر) سے اوپر ہو تو انگوٹھے اور انگلیوں کو سر سے نیچے ملایا جاسکتا ہے۔



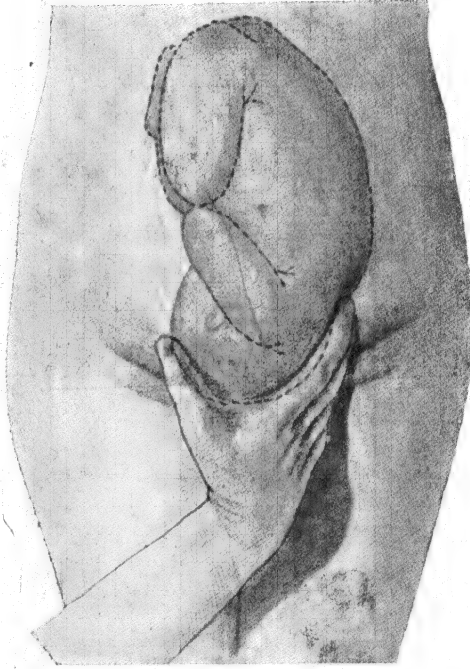
تصویر ۶۹ - شکی جس

بائیں طرف پشت محسوس ہوتی ہے جو ایک چوٹی کی ہموار اور مزاحم سطح ہے، اور دائیں طرف جواں محسوس ہوتے ہیں جو چھوٹے چھوٹے حرکت پذیر حصے ہیں۔

۴۔ پرمی گریوڈا (اولین حاملہ عورت) میں تقریبی حصہ عموماً وضع محل شروع ہونے سے قبل چھتیسویں ہفتہ میں بلکہ اس سے بھی پہلے برم (گلر) میں مرتبط ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتوں میں نگران کار کو چاہئے کہ زچہ کے پیروں کی طرف مڑ کر کے کھڑا ہو اور اپنی انگلیوں کے

266

سرے پیلوس (حوض) کے پہلوؤں میں گہرے طور پر دبائے۔ ایک بہترین تدبیر یہ ہے کہ انگلیوں کی نوکوں کو پہلے برم (گلر) کے پہلوؤں پر رکھا جائے، اور پھر انھیں وسطی خط کی جانب لیجا یا جائے۔ اس سے قطریاتی حصہ باغضوں کے درمیان محسوس ہوگا۔ اگر سر قطریاتی کر رہا ہو تو سر کی ایک جانب دوسری جانب کی نسبت زیادہ نمایاں محسوس ہوگی، یعنی اگر سر خمیدہ ہو تو اس کا اگلا حصہ اور اگر بسط کردہ ہو تو اکیسٹ (قذال) زیادہ نمایاں محسوس ہوگا (تصویر ۷۷)۔

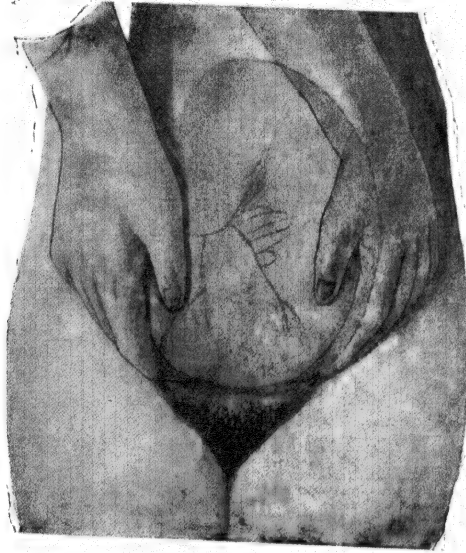


تصویر ۷۷۔ شکمی جنس۔

سر جو کہ خوب خمیدہ ہے پیلوس (حوض) کی برم (گلر) میں گہرا نہیں گیا، اور اس کو ایک اٹھ سے جنس کیا جا سکتا ہے۔ سر کا مقدم حصہ موخر حصے سے بہت زیادہ نمایاں ہے۔

اگر جنین عرضی طور پر یا فہ اتر چھے طور پر پڑا ہوا ہو، تو غالباً سر ایک الیکٹ فوسا (iliac fossa = حرقی حفرہ) میں، اور برتیج (سرین) دوسری جانب اچھی خاصی بلندی محسوس ہوگی (تصویر ۷۸)۔

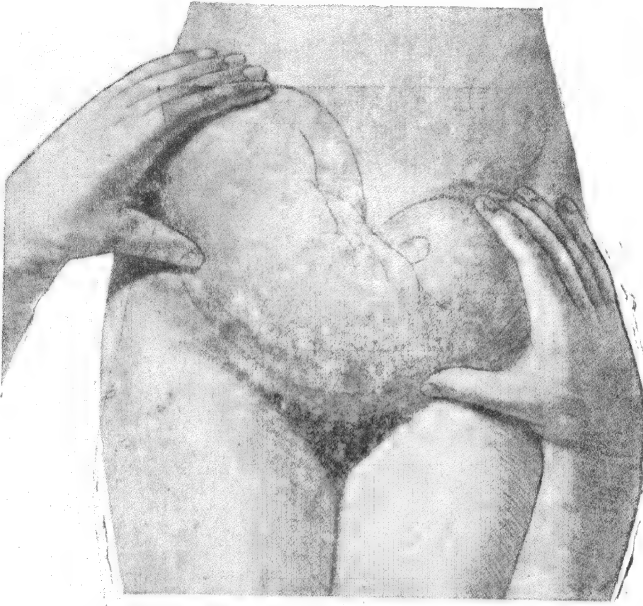
جب دوسرا درد پیش محسوس ہوں تو اس سے تواموں کی موجودگی تشخیص کی جاسکتی ہے۔



تصویر ۱۔ سر جو کہ خوب خمیدہ ہے، پیلوس (حوض) کی برم (گگر) میں اتنا گہرا گیا ہے کہ اس کو جن نہیں کیا جاسکتا ہے، جس طرح کہ تصویر ۱ء میں کیا گیا ہے۔ دونوں ہاتھ استعمال کرنے چاہئیں اور انگلیوں کی نوکوں کو پیلوس (حوض) کے اطراف میں گہرا دبانا چاہئے۔

استماع۔ پھر جینی قلب کو سننا چاہئے۔ یہ ورنکس (قمی) اور بریج (سہری) طریقہ میں جنین کی پشت پر اور وجہی طریقہ استماع میں سینہ پر سننے سے بہترین سُنائی دیتا ہے۔ بعض صورتوں میں اس کو ایک بڑے رقبہ پر سنا جاسکتا ہے، لیکن اعظم تیزی کا نقطہ عموماً مابذیل ہوتا ہے۔ اگر کسی ورنکس (قمی) قطر مرقق میں پشت سامنے اور ایک جانب محسوس ہو تو اسی جانب وسطی خط سے ایک یا دو انچ دور قلب بہترین سُنائی دے گا۔ پاؤارٹز لگامنٹ (Poupart's ligament) پوپارٹ کے رباط کا نقطہ وسطی خط اور فرض کرو کہ ایک خط اس نقطہ سے لے کر ناف تک کھینچا گیا ہے۔ اس خط کا وسط بہترین

مقام ہے جس پر کہ قلب کو سنا جاسکتا ہے۔



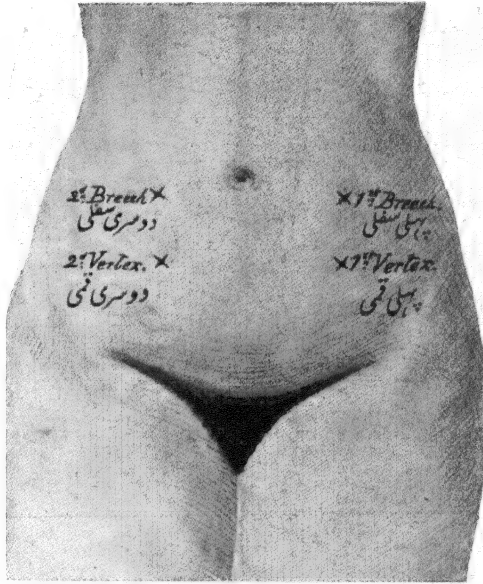
تصویر ۷۲۔ شکمی جسن۔

جنین ترچھا پڑا ہوا ہے۔ سر کو الیک فوسا (حرققی حفرہ) میں محسوس کیا جاسکتا ہے اور برتج (سرینوں) کو دائیں طرف اس سے بلند تر لیول پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ترچھی لائی (افتاد) کی اکثر اصابتوں میں برتج (سرین) وسطی خط کے اس سے زیادہ قریب ہوتی ہے کہ جتنے اس تصویر میں ہے۔

آکسیٹوپوٹیسیر (قدالی عقیبی) وضعوں میں، یعنی اس وقت جب کہ پشت ایک جانب اور پیچھے کی طرف رُخ رکھتی ہو، وسطی خط سے دور اور اکثر اوقات بالکل پہلو میں قلب بہترین سنائی دیتا ہے۔

ورٹکس (قہی) قطریقات کی بہ نسبت برتج (سرین) قطریقات میں قلب زیادہ بلند ہے پر یعنی ناف کے لیول پر یا اس سے کچھ اوپر سنائی دیتا ہے۔ اس کا سبب

یہ ہوتا ہے کہ بریج (سرین) برم (دگر) کے اندر وضع حمل کے اتنا شروع ہی میں مرتب نہیں ہوتی، جتنا شروع میں کہ وریکس (نقہ) مرتب ہو جاتا ہے، گویا کہ وہ برم (دگر) کے اندر بیٹھنے کے بجائے اس کے اوپر بیٹھتی ہے۔



تصویر ۲۔ جنینی قلب کا استماع۔
صلیبیں ان مقامات کو ظاہر کرتی ہیں کہ جہاں جنینی قلبی آوازیں علی الترتیب وریکس (قبی) اور بریج (سرین) قطریعات کی ظہری مقدمی وضعوں میں بہترین ملتی دیتی ہیں۔

و جب قطریعات میں جب پشت بسط کر وہ ہوتی ہے، تو جنینی قلب اُسی جانب بہترین سُنائی دیتا ہے کہ جد ہر جوارح محسوس ہوتے ہیں، یعنی پشت کے اوپر نہیں بلکہ سینہ کے اوپر سُننے سے۔

لا شعاعی امتحان۔ کسی دشوار اصابت میں شعاع نگاشت، جنین کی لائی (افاق) اور قطریعات ضرور ظاہر کر دیتی ہے اور ٹائپل (عدید) حمل کی موجودگی بتا دیتی ہے۔ اس سے

ایک حد تک یہ بھی معلوم ہو جاتا ہے کہ پیلوس (حوض) کی جسامت کیا ہے، اور قطر نفی حصہ کس درجہ تک مرتبط ہو چکا ہے۔

269

ویجائٹل (مہبل) امتحان - طریق کی تشخیص اور پیلوس (حوض) کی جسامت کا اندازہ اینٹی نینٹل (ante-natal = قبل الولادت) امتحان کے ذریعہ ہی کر لینا چاہئے، تاکہ دوران وضع حمل میں مزید ویجائٹل (مہبل) امتحان کی ضرورت نہ پڑے۔ ویجائٹل (مہبل) امتحان خواہ کیسی ہی احتیاط سے کیوں نہ کیا جائے، ویجائٹا (مہبل) کے زیرین حصہ سے سروکس (عنق) کے خط تک عضویات پہنچ جانے کا خطرہ ہمیشہ لگا رہتا ہے۔ تاہم اگر اصابت کو پیشتر نہ دیکھا گیا ہو، یا اگر کسی غیر طبعی حالت کا شبہ ہو، تو ویجائٹل (مہبل) امتحان کرنا ضروری ہو جاتا ہے۔ ویجائٹل (مہبل) امتحان سے قبل یہ معائنہ کر لینا چاہئے کہ کوئی ولول (فنجی) ضرر موجود ہے یا نہیں، مثلاً ولول وارٹز (vulval warts = فرجی مٹے) وینیرل السرز (venereal ulcers = زہراوی قروح)، ویریکوس وینرز (دوالی منا وریدیں) یا غیر طبعی رطوبتیں۔ ویجائٹا (مہبل) کا امتحان اتنا ہی باقاعدہ ہونا چاہئے جتنا کہ شکم کا امتحان۔ چنانچہ حسب ذیل امور کے مشاہدہ کی ضرورت ہے:۔

- ۱۔ ویجائٹا (مہبل) کی دیواروں کی کیا حالت ہے۔
- ۲۔ ریکیٹم (معا متیقم) اور مثانہ کی کیا حالت ہے۔ آیا یہ خالی ہیں کہ بھرے ہوئے ہیں۔
- ۳۔ سروکس (عنق) کی کیا حالت ہے اور کس حد تک اس کا اتساع ہوا ہے۔
- ۴۔ اغشیہ کی کیا حالت ہے، آیا ثابت ہیں یا شقی ہو گئے۔
- ۵۔ امتحان شکم سے جو قطر نفی حصہ دریافت ہوا ہو، اس کی شناخت کی تصدیق کرنا و نیز اس کی وضع کی، اس کی نقل پذیری کی، اور اس گہرائی کی جس تک وہ اتر چکا ہو، تصدیق کرنا۔
- ۶۔ اگر قطر نفی حصہ بہت زیادہ گہرائی تک نہ اتر چکا ہو، تو یہ کہ ڈائگنل کا سجوگیٹ (وری مزدوج) قطر کی جسامت کیا ہے۔
- ۷۔ آیا امبلا نکل کارڈ (سری جل) یا کوئی عضو قطر نفی کر رہا ہے، یا پرولیپڈ (ساقط) ہے۔

۸۔ پیلس (حوض) کے سلعات کی موجودگی یا عدم موجودگی۔

ہاتھ اور خارجی اعضا تناسل کو عدیم العفونت کر لینے کے بعد ایک دستا نہ پوش نائو اکثر اوقات دایسے ہاتھ کی پہلی انگلی یا پہلی اور دوسری انگلی ویجاٹنا (مہبل) میں داخل کی جاتی ہیں جس وقت امتحان کیا جاتا ہے مریضہ کو چت یا کروٹ سے لٹا دیا جاتا ہے۔ اس ملک میں دائیں جانبی وضع سب سے زیادہ استعمال کی جاتی ہے۔

انگلی داخل کرنے سے قبل رائٹ لیپم (right labium = دایاں شفرہ) کو دوسرے ہاتھ سے اٹھا لیا جاتا ہے، تاکہ امتحان کرنے والی انگلی اس وقت تک جب تک کہ یہ ویجاٹنا (مہبل) کے اندر داخل نہ ہو جائے، کسی چیز سے مس نہ کرے۔ ویجاٹنا (مہبل) کی دیوار ایک کی حالت دیکھی جاتی ہے کہ آیا یہ افراز سے نم اور بخوبی لوبریکیٹڈ (lubricated = ملس) ہیں جیسا کہ طبعی زیگیوں میں ہوتا ہے، یا آیا خشک ہیں جیسا کہ بعض غیر طبعی حالتوں میں ہوتا ہے۔ اگر ریگیم (مستقیم) براز سے بھری ہوئی ہو، تو ریگیم (مہبل) کی عقبی دیوار ایک تودہ کی وجہ سے آگے کی جانب ابھری ہوئی معلوم ہوگی، جس کو انگلی سے دبائے سے گڑھا پڑتا ہے پھر سروکس (عقیق) کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکثر نزل آس (خارجی فم رحم) آنا چھوٹا ہو کہ اس میں انگلی کی نوک بھی نہ جاسکے، یا انگلی تقریباً ایک انچ لائنجی ربر دیواروں والی قنال میں داخل ہو جو انٹرل آس (داخلی فم رحم) کے مقام پر بند ہو۔ شاید انٹرل آس (داخلی فم رحم) میں انگلی داخل ہو سکے اور سرو ایکسل قنال (عقیق قنال) بھی ہموںز موجود ہو۔ اس کے بعد قنال چھوٹی ہو جاتی ہے حتیٰ کہ صرف اکثر نزل آس (خارجی فم رحم) رہ جاتا ہے، کیونکہ قنال کی نینڈ زائل ہو جاتی ہے۔ جب انٹرل آس (داخلی فم رحم) میں انگلی جاسکتی ہے تو انٹرل آس (داخلی فم رحم) کے عرض میں افشہ یا قوت سے ہوئے یا اس میں ابھرے ہوئے محسوس ہوتے ہیں اور نظر بقی حصہ اُن کی وساطت سے محسوس ہوتا ہے۔ اگر افشہ شق ہو گئے ہوں تو ہمیشہ صورتوں میں نظر بقی حصہ باسانی محسوس ہوتا ہے، لیکن اگر یہ حصہ ابھی تک برم (گلر) میں داخل ہوا ہو تو وہ بہت اوپر محسوس ہوتا ہے اور اگر محتج کی انگلیاں چھوئی ہیں تو بال محسوس نہیں ہوتا۔

اگر نظر بقی حصہ محسوس ہو تو شکی امتحان سے جو تشخیص کی گئی ہے، انگلیوں سے اسکی تصدیق کرنا چاہئے کہ آیا وریکس (قمہ) کی طریق ہے یا کہ بریچ (سرین) چہرہ، جارحہ یا

شانہ کی ہے۔

اگر ویکس (قمہ) تطریقی کر رہا ہو، تو انگلیوں کو سمفنز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے لے جانا چاہئے، اور پھر ان کو خط وسط میں پیچھے کی جانب سرکا کر سر کے اوپر لے جانا چاہئے۔ ایسا کرنے میں ان کو سیجٹیل (ہیمی) درز ملیگی جس کا تقاب کرنا چاہئے حتیٰ کہ ایک فائینیل (یا فوخ) آجائے۔ اگر اس جگہ تین درزیں ملیں تو یہ پوسٹیر فائینیل (عقبی یا فوخ) ہے اور اگر چار ملیں تو انٹیر فائینیل (اگلایا فوخ) ہے۔ اس کے بعد انگلیاں سیجٹیل (ہیمی) درز کے دو سرے سرے کا پتہ لگاتی ہیں اور دیگر فائینلز (یا فوخوں) کو محسوس و شناخت کرتی ہیں۔ اگر کسی فائینیل (یا فوخ) پر عظام کا تلے اوپر ہونا محسوس ہو، تو عموماً یہ جگہ پوسٹیر فائینیل (عقبی یا فوخ) ہوتی ہے۔

اگر معمولی طور پر لمبی انگلیوں سے تطریقی حصہ نیچے سے نہیں محسوس کیا جاسکتا، تو اس کی وجہ یہ ہوگی کہ تطریقی حصہ غیر معمولی بلند یا پر ہے یا یہ کہ شحم کی زیادہ مقدار یا تہج کی موجودگی کی وجہ سے لیسیا (شفرتین) غیر معمولی طور پر بڑے ہیں۔ اول الذکر حالت میلیریز فیکشن (تطریقی ناقص) یا کانٹریکٹڈ پیلووس (منقبض حوض) یا پلیسٹا پر یو یا (مشیمہ متقدم) یا پیلووس (حوض) میں سلعہ کی موجودگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بہر صورت اگر شکمی امتحان سے تطریقی کی نوعیت نہ منکشف ہو، تو لازم ہے کہ ایک اینٹیتھٹیک (معدوم حس) دیگر کل ہاتھ و بجاننا (مہبل) میں داخل کیا جائے اور پیلووس (حوض) کا بخوبی استقصا کیا جائے۔ اگر تطریقی حصہ زیادہ گہرائی میں نیچے تک نہیں اترا ہے، تو ہمیشہ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر کے ناپنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ دو انگلیاں استعمال کرنا چاہئیں کیونکہ انگشت شہادت کی نسبت بیچ کی انگلی تقریباً ایک انچ آگے جاسکتی ہے۔ اگر بیچ کی انگلی کا سر اپر امانٹری آف سیکرم (promontary of sacrum = طنف العجز) کو محسوس کر سکے تو انگشت شہادت کا قاعدہ سمفنز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین کنارے پر ڈبایا جاتا ہے اور ان کے تماس کی جگہ پر دوسرے ہاتھ کی انگلی بطور نشان رکھی جاتی ہے۔ پھر جب انگلیاں نکالی جاتی ہیں تو انگشت شہادت کے قاعدہ کے نشان اور بیچ کی انگلی کے سرے کے درمیان پیمائش کر کے ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر کی لمبائی معلوم کیا جاسکتی ہے۔ اگر ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر معمولی طول کی ایک انگلی سے ناپا جاسکتا ہو تو پیلووس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوگا۔

باب بست و ہفتم

سر کی نظریقات

- سر کی نظریقوں یعنی قیفا لک (ر اسی) نظریقوں کی تین اقسام ہیں :-
- ۱۔ وریکس (ققی) نظریقات، جبکہ سر دھڑکے اوپر خمیدہ ہو۔
 - ۲۔ چہرہ کی نظریقات، جبکہ سر دھڑ پر بسط کردہ ہو۔
 - ۳۔ پیشانی کی نظریقات، جبکہ سر کا انداز خمیدگی اور بسط کردگی کی درمیان حالت میں ہو۔

وریکس (ققی) نظریقات

وریکس (ققی) نظریقات، اُن وجوہ کی بنا پر جو صفحہ 261 پر بیان کیے گئے ہیں، وضع عمل کے حوالہ واقعات کی ۹۶ فی صدی تعداد میں پائی جاتی ہیں۔ یہ چار قسموں میں تقسیم کی گئی ہیں بلحاظ اس امر کے جنہیں کی پشت یا آکسیپٹ (قذال) کس وضع میں ہے۔ وہ چار وضعیں حسب ذیل ہیں :-

- ۱۔ لفٹ آکسیپٹو انٹریئر (left occipito-anterior = چپ قذالی متقدمی) یعنی (L. O. A.)۔ قذال سامنے کو اور چپ جانب رخ رکھتا ہے۔

- ۲۔ رائٹ اکیپٹو انٹیریر (right occipito-anterior) = راست قذالی مقدمی
یعنی (R. O. A.) قذال سامنے کو اور راست جانب رخ رکھتا ہے۔
- ۳۔ رائٹ اکیپٹو پوسٹیریر (right occipito-posterior) = راست قذالی
عقبی (R. O. P.) قذال راست جانب و عقب کو رخ رکھتا ہے۔
- ۴۔ لفٹ اکیپٹو پوسٹیریر (left occipito-posterior) = چپ قذالی عقبی یعنی
(L. O. P.) قذال عقب کو اور چپ جانب رخ رکھتا ہے۔

تشخیص وضع اول (L. O. A.)

امتحان شکم - برہنج (سرین) قاعدہ رحم میں مقیم ہوتی ہے پشت بائیں طرف
اور سامنے محسوس ہوتی ہے اجواج و اپنی جانب معلوم ہوتے ہیں اور سر ہیپوس (حوض)
میں معلوم ہوتا ہے یا مرتخی شکمی دیواروں والی ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں
برم (گلر) پر پایا جاتا ہے اور اس کا سب سے نمایاں حصہ و اپنی طرف ہوتا ہے جنینی قاب
ناف کے بائیں جانب اور اس کے نیچے بہترین ستائی تیا ہے۔ (تصویر ۷، الف)۔

272 ویجاٹنا (مہل) کا امتحان - سیٹیل سوپ (sagittal suture = سہمی وز)

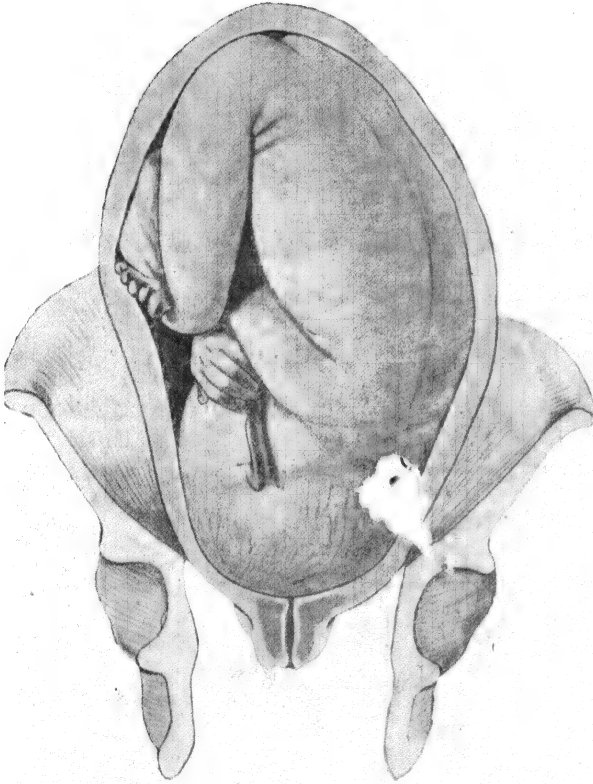
ہیپوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں پایا جاتا ہے چنانچہ پوسٹیریر فٹنٹیل (عقبی
یا فوخ) سامنے اور بائیں طرف ہوتا ہے اور انٹیریر فٹنٹیل (مقدم یا فوخ) لمبڈی پر پڑھتی
و اپنی طرف معلوم ہوتا ہے۔ (تصویر ۲، ب صفحہ 275)۔

تشخیص وضع دوم (R. O. A.)

وٹکس (قمہ) کی وضع دوم کی تشخیص کے لئے پراگراف بالامیں لفظ ”بائیں“ کے
بجائے ”دہنے“ پڑھنا چاہئے اور اسی طرح اس کے برعکس چنانچہ پشت و اپنی طرف معلوم
ہوتی ہے اور اجواج بائیں طرف و علیٰ ہذا القیاس (تصویر ۵، الف اور ب)۔

تشخیص وضع سوم (R. O. P.)

شکم کا امتحان - بریچ (سرین) فنڈس (قاعدہ رحم) میں ہوتی ہے، بواج رحم کے

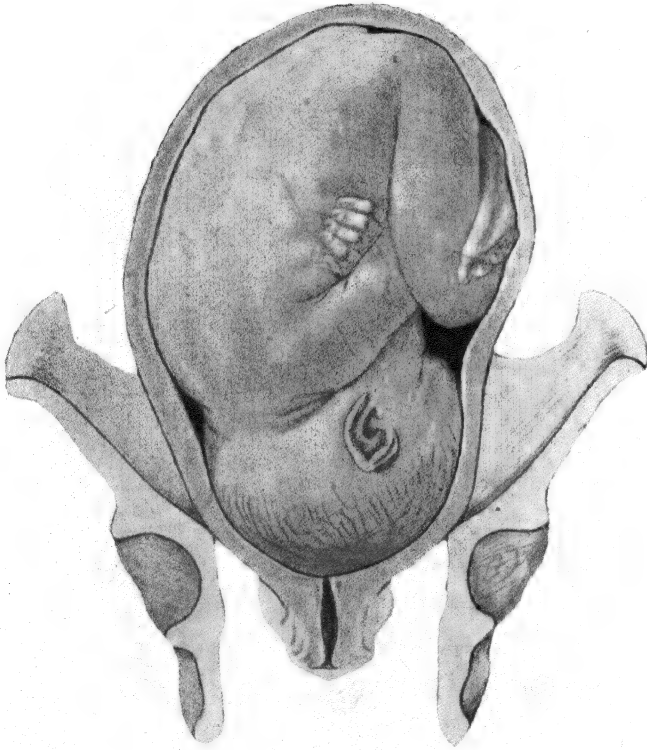


تصویر ۴۲ الف -

دیکس (قمہ) کی پہلی وضع (L.O.A.) -

سامنے کی طرف معلوم ہوتے ہیں، پشت پیچھے اور داہنی طرف پاؤں باقی ہے اور اگلی ظہری
وضو کی نسبت اس وضع میں کم آسانی سے محسوس ہوتی ہے۔ ایک مقدمی مقام پر جو کہ

پیویز (عائہ) اور امبلانکس (umbilicus = ناف) کے درمیان، شانہ کی مزاحمت پائی جائے گی۔ اس وضع میں ایک عقبی مقام پر سر اور جواج کے درمیان ایک واضح نشیب پایا جائے گا۔ سر پیلیوس (حوض) کی برم (گلر) پر محسوس ہوتا ہے اور عموماً اگلی وضعوں کی نسبت اس میں زیادہ بلندی پر ہوتا ہے اور اس کا سب سے نمایاں حصہ بائیں طرف ہوتا ہے۔ جنینی قلب ناف کے بہت واسطی جانب اور اس کے نیچے بہترین سنائی دیتا ہے (تصویر ۵، الف)۔

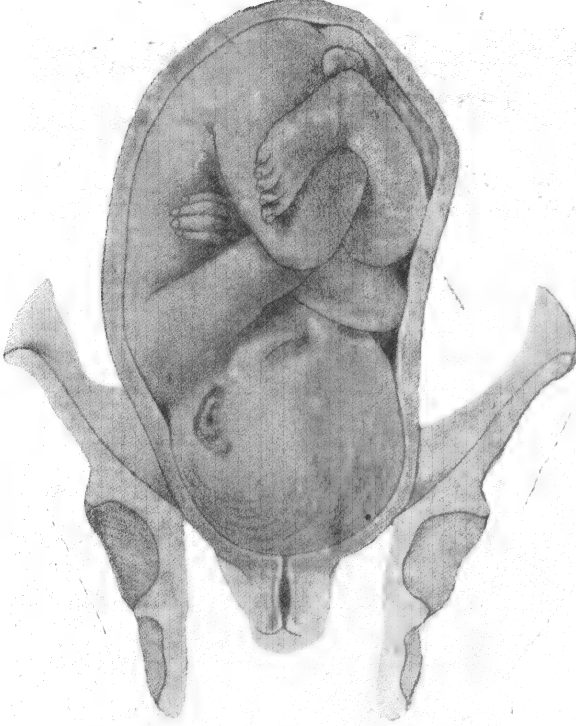


تصویر ۵، الف -

دیکھیں (قدم) کی دوسری وضع (R. O. A.)

ویکجانا (مہبل) کا امتحان - سیٹیل سوچر (sagittal suture = مہمی درز) پیلیوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطریں پایا جاتا ہے، پوسٹیر بر فانیٹیل (عقبی یا فرخ) پیچھے اور

واہنی طرف اور انٹیر فائنٹیل (مقدم یا فوخ) سامنے اور بائیں طرف پایا جاتا ہے۔ (تصویر ۷۶ ج صفحہ ۲۷۵)۔



تصویر ۷۶ الف -

ورٹیکس (قدم) کی تیری وضع (R. O. P.)

تشخیص وضع چہارم (L. O. P.)

دوسرا بقبہ پیراگرافوں میں جو لفظ ”واہنی“ ہے اس کے بجائے ”بائیں“ پڑھنا چاہئے اور اسی طرح اس کے برعکس (تصویر ۷۷ الف اور ب)۔
اضافی تواتر - قدم کی وضع اول (L. O. A.) سب سے زیادہ عام ہے اور

اور جلد واقعات وضع حمل کی ۶۰ فی صدی تعداد میں واقع ہوتی ہے۔
وضع سوم، وضع دوم سے زیادہ عام ہے اور وضع چہارم سب سے قلیل الوقوع ہے۔

وضع حمل کی میکا نیت

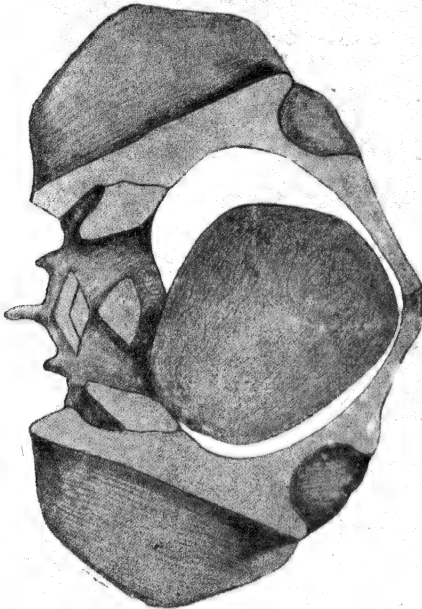
اصطلاح میکا نیت سے مراد وہ مسلسل تغیرات ہیں کہ جو تدریجی حصہ کے



تصویر، الف۔
درنگس (قد) کی چوتھی وضع (L. O. P.)

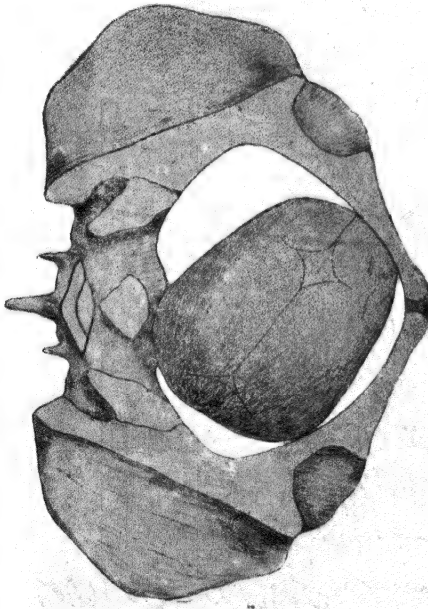
پیپلوس (حوض) اور فرش پیپلوس (حوض) میں سے گزرتے وقت اس کی وضع اور انداز میں واقع

R. O. A - ۲



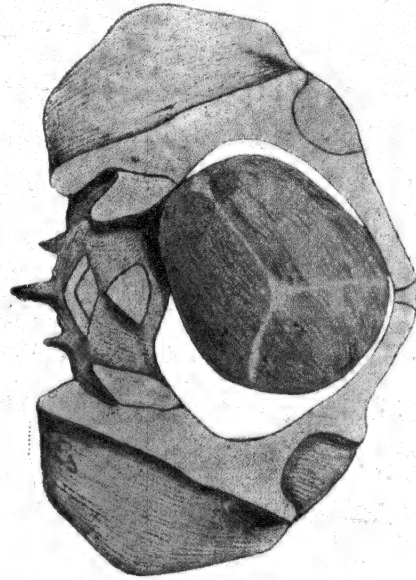
تصویر ۵ ب

L. O. P - ۲



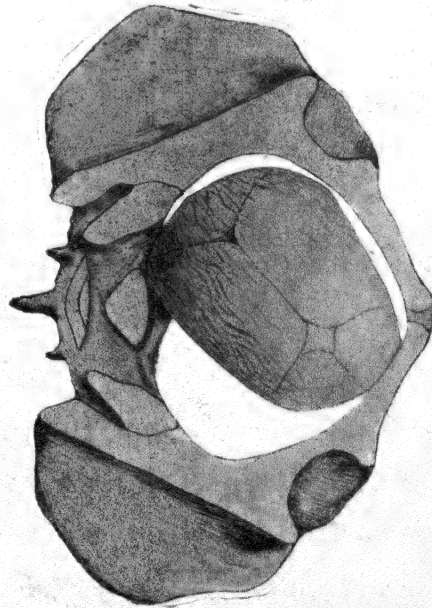
تصویر ۷ ب

L. O. A - ۱



تصویر ۴ ب

R. O. P - ۳



تصویر ۶ ب

وکیس (قد) کی یادوں میں جیسی کہ نیچے سے دکھائی دیتی ہیں، یا ویجائنل (مہلی)، آستان میں معائنہ کرنے والی انگلیوں کو محسوس ہوتی ہیں۔

ہوتی ہیں۔ ایک پیلوئس (حوض) اور ایک جنین نمائندے کے ذریعہ، ونیز دوران وضع حمل میں غائر مشاہدہ کے ذریعہ وضع حمل کی میکا نیت کا اچھی طرح مطالعہ کرنا چاہئے۔

سر کم و بیش ایک بیضاوی جسم ہے، جو اس قتال میں جس کے اندر سے وہ دھکیلا جاتا ہے، خاصی چستی سے بیٹھتا ہے۔ انلیٹ (مدخل) پر عرضی اور کھنڈ میں ترجیاً اور اوٹلیٹ (مخرج) پر اگلا چھپلا قطر پیلوئس (حوض) کا طویل ترین قطر ہوتا ہے۔ مخرج پر سر کو سلوک (حوضی) فرش کیوجہ دونوں جانب اور پیچھے مزاحمت پیش آتی ہے، لیکن سامنے انکو ایک کھلی فضا ملتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ باوجودیکہ پیلوئس (حوض) میں ایک ترچھے قطر میں یا عرضی قطر کے اور کسی ایک ترچھے قطر کے درمیان داخل ہوتا ہے، وہ اپنی کل مسافت کے دوران میں ایک ہی وضع نہیں قائم رکھتا، بلکہ سر میں کچھ تدویر ہو جاتی ہے اور اس کے ایڈیپیوڈ (انداز) میں بھی کچھ تغیر ہو جاتا ہے۔ اگر سر اور پیلوئس (حوض) دونوں طبعی جہت کے ہوں تو وضع حمل کی میکا نیت میں عظام پیلوئس (حوض) کی بنیست نرم حصے زیادہ شرکت کرتے ہیں۔

ورکس (قہی) اول (L. O. A.)

اس وقت جب کہ سر اترتا ہوتا ہے، اس میں چار حرکات واقع ہوتی ہیں :-

- ۱۔ خمیدگی
- ۲۔ اندر و بیرونی تدویر
- ۳۔ بسط و کرگی
- ۴۔ بیرونی تدویر

خمیدگی۔ چونکہ اس عام حالت خمیدگی میں جو طبعی حالات کے تحت پائی جاتی ہے، سر بھی شرکت کرتا ہے، لہذا یہ وضع حمل شروع ہونے سے پہلے ہی خمیدہ ہوتا ہے لیکن اگر سر کی یہ خمیدگی طاقت ہائے وضع حمل کے بروئے کار آنے سے قبل مکمل نہ ہو تو وہ اب مکمل ہو جاتی ہے، یعنی سر خمیدہ ہو جاتا ہے، حتیٰ کہ ٹھڈی سینہ سے مل جاتی ہے اور یہ اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ سر لوئر یوٹرائین سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) اور سر وکس (عنق) پر پایا جاتا ہے۔ یہ مکمل خمیدگی کہ جس کی وجہ سے یہ نسبت پیشانی کے اس کی آکسیپٹ (قذال) زیادہ نیچے اترتی ہے، مندرجہ ذیل اسباب سے پیدا ہوتی ہے :-

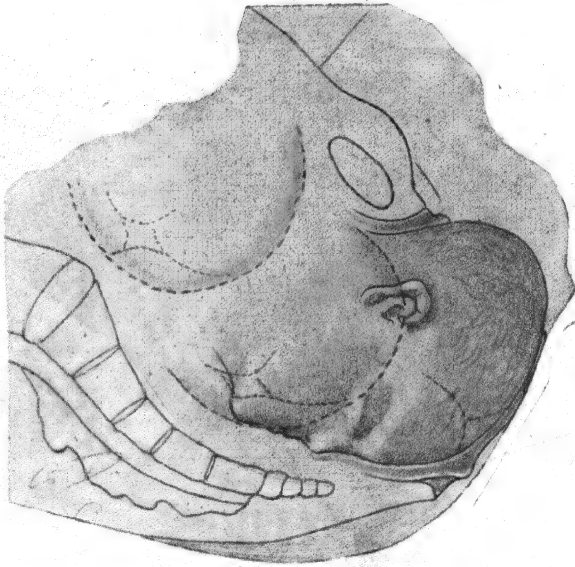
۱۔ سر کی شکل - ۲۔ راسی بیرم -
 سر کی شکل - (الف) آکیپٹ (قذال) اور پیشانی قفال کے اطراف پر دیتے
 ہیں۔ سر کے پچھلے حصہ کی ڈھال، اگلے حصہ کی ڈھال سے بہت زیادہ ڈھال مٹنی ہوئیں وجہ
 پیشانی کی نسبت آکیپٹ (قذال) زیادہ آسانی اور کم رگڑ کے ساتھ نیچے اتر سکتی ہے۔
 (ب) جب کوئی بیضاوی شکل جسم کسی نلی میں دھکیلا جاتا ہے تو وہ نلی کے طویل
 محور کے ساتھ متوافق ہونے پر رائل ہوتا ہے جب سر کاٹل طور سے عمید ہو جاتا ہے تو اس کا
 طویل ترین قطر یعنی ورٹیکو منٹل (vertico-mental = قہمی ذہنی) قفال کے طویل محور میں
 ہوتا ہے اور اس کا صغیر ترین طولانی قطر یعنی سب آکیپٹو بریگیٹنگ (suboccipito-
 bregmatic = زیر قذالی سیائی) قطر جس کا ناپ ۳ ۱/۲ انچ ہوتا ہے قفال کے وارپا
 ہوتا ہے۔

راسی بیرم - جب رحم کا فنڈس (قعر) بریج (سریخوں) کو دباتا ہے اور جنینی
 محوری دباؤ جنین پر پڑتا ہے تو راسی بیرم بروئے کار آتا ہے۔ آکیپٹو پائل (occipito-
 spinal = قذالی ستوی) مفصل پیشانی کی نسبت آکیپٹ (قذال) سے زیادہ قریب
 ہوتا ہے لہذا یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ سر ایک بیرم ہے جو ایک چھوٹا پچھلا بازو اور ایک
 طویل گلابازو رکھتا ہے۔ جب جنین بچے کو دنیا پر طویل گلابازو زیادہ مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے اور اسلئے چھوٹے پچھلے بازو
 کی نسبت اگلے گز میں زیادہ ابطار ہوتا ہے یعنی پیشانی اتنی گہرائی تک نہیں اترتی جہاں تک کہ
 آکیپٹ (قذال) اتر جاتی ہے۔ تاہم اس راسی بیرم کی اہمیت میں مبالغہ کیا گیا ہے۔
 پیلووس (حوض) میں پیچھے کی نسبت سامنے زیادہ جگہ ہوتی ہے اس لئے سر کا جو حصہ بھی
 سامنے ہوگا وہ زیادہ سرعت سے اترے گا۔ آکیپٹ (قذال) سامنے ہو تو یہ عمیدگی کے
 لئے موافق ہے کیونکہ زیادہ بڑی مزاحمت پیچھے ہوتی ہے۔

277

جب سر بیرم (گلر) میں مرتبط ہو جاتا ہے تو سیجٹل سوچر (سہمی درز) پیلووس
 (حوض) کے سامنے ترچھے قطر میں پڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ مکمل عمیدگی کا اثر یہ ہوتا ہے کہ
 پوسٹیریر فائنیل (عقبی یا فوخ) جو سامنے اور بائیں طرف ہوتا ہے اس سے زیادہ زیرین
 لیول پر آ جاتا ہے کہ آئنیریر فائنیل (مقدم یا فوخ) جو کہ پیچھے اور دائیں طرف ہوتا ہے۔
 اندرونی تدویر۔ جب سر اور نیچے دبتا ہے تو آکیپٹ (قذال) جو پیشانی کی

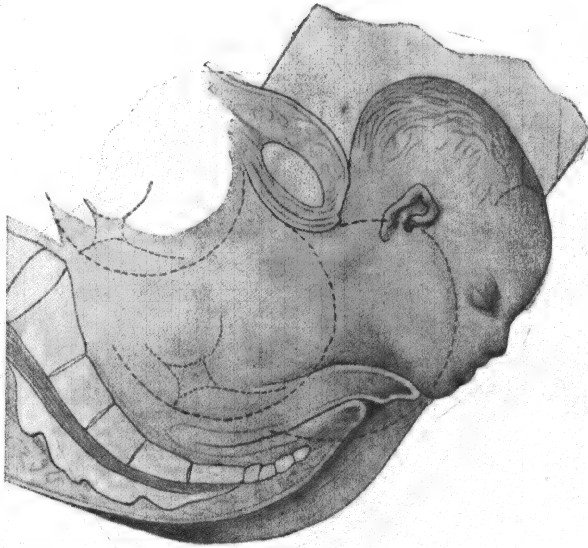
نسبت زیادہ نیچے ہوتی ہے، پیلوک فلور (pelvic floor = فرش حوض) کی مقاومت سے سب سے پہلے دو چار ہو جاتی ہے۔ پیلوک فلور (فرش حوض) کو یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ یہ دو لیوٹر اینائی (levator ani = رافع المیز عضلات) کے درمیان ایک ڈھلوان نالی ہو جو سائے ہمزہ پیلوس (ارتفاق عسانہ) کے نیچے ایک کھلی جگہ میں چلی جاتی ہے (تصویر ۴ ب)۔ جیسے ہی کہ آکسیٹ (فڈال) نیچے ڈھکلتی ہے، یہ پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے پرے گھوم جاتی ہے، اور یہ دائرہ آگے چلتی ہوئی، اور پیلوس (حوض) کی بائیں جانب کے ساتھ ساتھ ہوتی ہوئی، پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے کی کھلی جگہ میں چلی جاتی ہے۔ اگر پیلوس (حوض) اور سردونوں طبعی جسامت کے ہوں، تو اس صورت میں



تصویر ۴۔ اندرونی تدویر

یہ دیکھا جاتا ہے کہ انٹریز فائٹیل (مقدمی یا فوخ) پہلے دائیں طرف اور پیچھے کو رخ رکھتا ہے، بعد میں جب اندرونی تدویر ہو چکتی ہے تو سیدھا پیچھے کو رخ رکھتا ہے۔ تصویر میں بسط کر دی شروع ہو گئی ہے اور ٹھڈی سینہ سے ہٹ چکی ہے۔

پیلوس (حوض) کی شکل وضع حل کی میکائیت پر کچھ اثر رکھتی ہے یا نہیں؟ یہ ایک مشکوک امر ہے۔ بہر کیف یہ دیکھا جائے گا کہ پیلوس (حوض) کا رائفنگ (rifling) کہفہ کارا افضل نما ہونا، یعنی اس کا سب سے بڑا قطر برم (گلگر) پر عرضی قطر ہونا اور اوٹ لیٹ (مخرج) پر اگلا بچھلا قطر ہونا، جب میکائیت پر کچھ اثر رکھتا ہے تو وہ اس طرح تدویر پیدا کرنے پر مائل ہوتا ہے کہ جس طرح نرم حصص پیدا کرتے ہیں۔ چنانچہ سر پیلوس (حوض) میں اس طرح آڈیٹا ہے کہ اس کا سیمیل سوچر (سہمی درز) پیلوس (حوض) کے اگلے پچھلے قطر میں آکیپٹ (قذال) اور پوسٹیریر فائنیل (عقبی یا فوخ) سامنے سمفنز پوسٹ

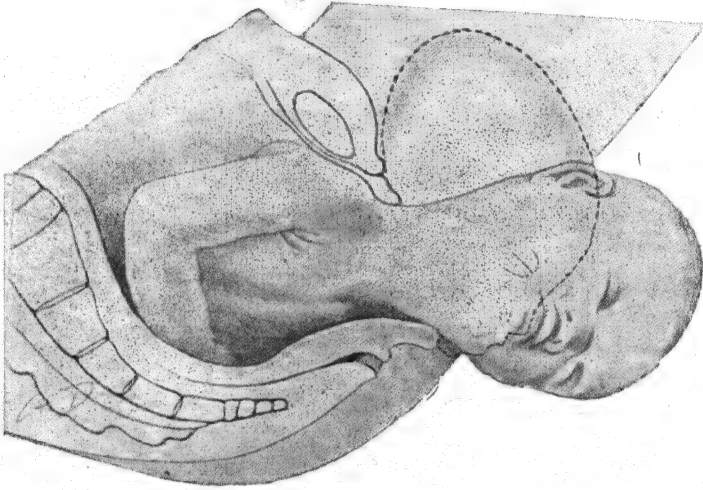


تصویر ۷۹۔ سر کی بسط کردگی

دیکھا جاتا ہے کہ جب سر بڑھتا ہے تو آکیپٹ (قذال) آگے کو اور اوپر کو حرکت کرتی ہے اور سمفنز (ارتفاق) کے اوپر چلی جاتی ہے۔ اور چہرہ اوٹھڑی ہینیم (عجان) کے نیچے سے نکل آتے ہیں۔

(ارتفاق عانہ) کے نیچے پیشانی اور انٹیریر فائنیل (مقدم یا فوخ) پیچھے سیکرم (عجز) کے نشیب میں گردن کی گدی سمفنز پوسٹ (ارتفاق عانہ) کی پشت سے ملی ہوئی اور عٹھڑی ہنز سینہ سے تماس ہوتی ہے۔

بسط کر دوگی۔ اب سر پر دو قوتوں کا عمل ہوتا ہے۔ رحمی اور شکمی عضلات اُسے نیچے کی جانب اور پیلوک فلور (فرش حوض) کے عضلات اُسے اوپر اور آگے کی جانب دبا تے ہوتے ہیں۔ ان قوتوں کا جو حاصل ہوتا ہے وہ آگے کی سمت میں عمل کرتا ہے، کیونکہ زیرین جانب کے اور بالائی جانب کے دباؤ ایک دوسرے کا ازالہ کر دیتے ہیں اور سر کو آگے کی جانب جانا پڑتا ہے۔ سر کی حیثیت مجموعی آگے کی جانب نہیں جاسکتا، کیونکہ گردن کی گدی سمفیز پبل (ارتفاق عانہ) پر مثبت ہوتی ہے۔ سر آگے کی جانب ایک ہی طریقہ سے جاسکتا ہے کیونکہ اس کے لئے برتھ قنال (ولاداتی قنال) کے منحنی کا متبع کرنا ضروری ہے۔ یہ طریقہ بسط کر دوگی کی



تصویر۔ دبیرونی تدویر کی پہلی حرکت
یہ دیکھا جاتا ہے کہ سر تدویر کر گیا ہے اور چہرہ دائیں طرف کو دیکھ رہا ہے، حالانکہ
سر کے پیدا ہوتے وقت وہ پیچھے کو دیکھ رہا تھا۔

حرکت ہے کہ جس میں ٹھڈی سینہ سے ہٹ جاتی ہے اور آکیپٹ (قذال) پو بکس آج (محراب
عانہ) کے نیچے سے گزر جاتی ہے۔ آکیپٹ (قذال) فی الفور آزاد ہو جاتی ہے، پھر وکس (قذہ)
ویسائل اوٹ لیٹ (ہسلی عجز) کو تانتا ہے، حتیٰ کہ سر باہر نکل جاتا ہے اور وکس (قذہ)

پیشانی چہرہ اور ٹھڈی یکے یا دیگرے پر شیم (عجان) کے نیچے سے پھیل کر آگے آجاتے ہیں (تصویر ۷۹)۔

برونی تدویر۔ اب دو حرکتیں ہوتی ہیں۔ ۱۔ بل کھلنا۔ ۲۔ بیرونی تدویر۔
 بل کھلنا۔ جب سر کا سب آکسیٹو فرانتل (suboccipito-frontal) = زیر قبلی (جبہ) تطریلوس (حوض) کے واسطے ترجیحے قطر میں اترتا ہے، تو شانے پیلوس (حوض) کے بائیں ترجیحے قطر میں داخل ہوتے ہیں۔ سر کی اندرونی تدویر واقع ہوتے وقت سر بھی شانوں کے اوپر قدرے بل کھا گیا ہوتا ہے۔ اب جو نبی کہ وہ مکمل طور پر تولد ہو جاتا ہے تو ساتھ ہی شانوں کے لحاظ سے اس کی قدرتی وضع دوبارہ قائم ہو جاتی ہے، یعنی آکسیٹ (قذال) کا رخ کھوم کر ماں کی بائیں ران کی جانب ہو جاتا ہے۔ یہ حرکت جو سر کے آزاد ہوتے ہی فوراً ہوتی ہے اور بعض اوقات تقریباً ایک جھٹکے کیساتھ عمل میں لائی جاتی ہے، رسی حوسن (restitution) = بل کا کھلنا، کہلاتی ہے، کیونکہ اس سے گردن کا بل کھل جاتا ہے اور سر کا شانوں سے جو قدرتی تعلق ہے وہ بحال ہو جاتا ہے۔

دوسری حرکت یعنی بیرونی تدویر۔ جیسے ہی کشانے نیچے آتے ہیں تو چونکہ بائیں شان کی بہ نسبت اگلا دایاں شان زیادہ نیچے ہوتا ہے، لہذا دایاں شان پیلوک منور (فرش حوض) کی مزاحمت سے بائیں شان کی بہ نسبت پہلے دوچار ہوتا ہے اور کھوم کر ماں کی خالی جگہ میں چلا جاتا ہے، اسی طرح جیسا کہ آکسیٹ (قذال) نے کیا تھا۔ شانے اب پیلوس (حوض) کے اگلے پچھلے قطر میں آ جاتے ہیں۔ جوں ہی کہ وہ تدویر کرتے ہیں سر بھی ان کے ساتھ ساتھ تدویر کرتا ہے، اور نیز آکسیٹ (قذال) اور زیادہ آگے حرکت کر کے ماں کی بائیں ران کی جانب چلی جاتی ہے۔ اس سے سر اسی وضع میں آ جاتا ہے کہ جس میں وہ وضع حمل شروع ہونے کے وقت تھا، یعنی چہرہ دایہنی جانب اور آکسیٹ (قذال) بائیں جانب ہوتی ہے (تصویر ۸۰)۔

279

280

یہ دیکھا جائے گا کہ اندرونی اور بیرونی تدویریں مخالف سمتوں میں ہوتی ہیں چنانچہ وضع حمل کے دوسرے مرحلہ کے آخر میں پشت سر بائیں جانب وہی وضع اختیار کر لیتی ہے جو وضع حمل کے شروع میں موجود تھی۔

پھر شلنے اس طرح باہر نکلتے ہیں کہ دایاں شان پویلک آچ (محراب عانی) کے

نیچے سے اور بایاں پر نیم (عین) کے اوپر سے جھکتا ہے، بقیہ جسم اس کے پیچھے آتا ہے اور عموماً بلا وقت تولد ہو جاتا ہے، کیونکہ وہ سر یا شانہ دونوں سے چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو عموماً سینے پر بندھے ہوتے ہیں اور ماتہ ٹھڈی کے قریب ہوتے ہیں۔

ورٹکس (قنّی) دوم (R. O. A.)

آکسیپٹ (قذال) داہنی طرف اور سامنے کو ہوتی ہے۔ اپنی اندر قنّی نہ دیریں یہ پیلوکس (حوض) کے داہنے پہلو کے گلے حصے لگتی ہوئی خط وسط تک پہنچ جاتی ہے۔ بسط کر دگی اسی طرح واقع ہوتی ہے کہ جیسا اوپر بیان کیا گیا ہے۔ شانے پیلوکس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں داخل ہوتے ہیں۔ جب سر آزاد ہوتا ہے، تو آکسیپٹ (قذال) گھوم کر ماں کی داہنی ران کی جانب چلی جاتی ہے۔ بایاں شانہ سامنے کی طرف تدویر کرتا ہے، اور ساتھ ہی ساتھ سر بھی مزید گھوم جاتا ہے اس طرح کہ آکسیپٹ (قذال) ماں کی داہنی ران کی جانب رہتی ہے۔

ورٹکس (قنّی) سوم و چہارم (R. O. P.) اور (L. O. P.)

آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں میکانیت کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا :-

۱۔ سر اچھی طرح خمیدہ ہے۔

۲۔ یا نا کمال طور پر خمیدہ ہے۔

سر کا اچھی طرح خمیدہ ہونا۔

میکانیت۔ اگر سر خوب خمیدہ ہو، تو اس وقت جب کہ سر پیلوک فلور (فرش من) کی مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے، آکسیپٹ (قذال) آگے ہوتی ہے۔ آکسیپٹ (قذال) اس مزاحمت سے بچنے کے لئے بقدر دائرہ کے پڑھ کے ایک طویل گردش کر کے پیو بک آرچ (مخواب خانہ) کی نیچے کی حالی جگہ میں پہنچ جاتی ہے۔

وضع سوم میں آکیپیٹ (قذال) نیچے اور داہنی طرف ہوتی ہے۔ وہ پیلوکس (حوض) کے داہنے پہلو سے لگ کر گردش کرتی ہوئی سامنے کی طرف پہنچ جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ساتھ بائیں ترچھے قطر میں سے گھوم کر دائیں ترچھے قطر میں چلے جاتے ہیں۔ جب سر تولد ہوتا ہے تو بیرونی تدویر کی پہلی حرکت آکیپیٹ (قذال) کو ماں کی داہنی ران کی جانب لے جاتی ہے۔ بایں شانہ چونکہ مقدم ہوتا ہے، لہذا یہ گھوم کر سامنے آ جاتا ہے، اور اس کے ساتھ آکیپیٹ (قذال) بھی ماں کی دائیں ران کی طرف مزید حرکت کرتی ہے۔ پس معنوم ہوا کہ وضع سوم کی میکانیت سر کی طویل گردش ہو جانے کے بعد ہی ہوتی ہے جو وضع دوم میں ہوتی ہے۔ نیز آکیپیٹ (قذال) نکلنے کے بعد داہنی طرف کی وضع اختتام کر لیتی ہے، جو کہ پیلوکس (حوض) میں داخل ہونے کے وقت اس کی وضع تھی۔

282

چوتھی وضع میں آکیپیٹ (قذال) پیلوکس (حوض) کے بائیں پہلو سے لگ کر ایک طویل گردش کرتی ہے۔ جیسے ہی کہ سر تولد ہوتا ہے آکیپیٹ (قذال) گردش کر کے ماں کی بائیں ران کی طرف چلی باقی ہے، اور داہنا شانہ سامنے آ جاتا ہے، اور آخری مراحل بالکل وہی ہوتے ہیں جسے سر کے پہلی وضع میں ہولتے پر پائے جاتے ہیں۔

جب یہ سوال کیا جاتا ہے کہ آکیپیٹ پوسٹیئر (قذال عقبی) وضوں کی بعض مثالوں میں کیوں وقت پیش آتی ہے تو بہت سے طلباء یہ جواب دیتے ہیں کہ اسکی وجہ یہ ہے کہ چونکہ ان میں آکیپیٹ (قذال) کو ایک طویل تدویر کرنا پڑتی ہے اسی لئے وضع حل میں طوالت ہوتی ہے۔ یہ جواب صحیح نہیں ہے کیونکہ اگر مکمل طور پر خمیدہ ہو جیسے کہ طویل تدویر کے لئے اسے ہونا چاہئے، تو وضع حل میں کوئی تاخیر اور وقت نہیں ہوتی۔ دشواری کی وجہ یہ ہے کہ بعض مثالوں میں خمیدگی نامکمل ہوتی ہے اور اس لئے طبعی طویل تدویر واقع نہیں ہوتی۔ سر کا نامکمل طور پر خمیدہ ہونا۔ جب سر وضع سوم یا چہارم میں ہوتا ہے تو بعض صورتوں میں خمیدگی نامکمل ہوتی ہے۔ اس نامکمل خمیدگی کے دو وجوہ ہیں :-

(الف) جب جنین کی پشت رحم کے سامنے کی طرف ہوتی ہے اور اس کا شوک خمیدہ ہوتا ہے تو جنین کے جسم کی تعمیر مادی شوک کے ابھار پر ٹھیک مچھتی ہے۔ ماں کے شکمی عضلات جتنے ہی زیادہ کسے ہوئے ہوں گے، خمیدگی اتنی ہی مکمل ہوگی مگر جب جنین کی پشت مادی شوک کی طرف ہوتی ہے، تو دونوں ابھار ایک دوسرے سے متماثل ہوتے ہیں۔ اس صورت میں جنین کے شوک میں نامکمل طور پر خمیدہ ہونے کا میلہ

ہوتا ہے، تاکہ یہ مادری ابھار پر زیادہ ٹھیک طریقہ سے آ سکے۔ اس سے سر کی خفیف بسط کردگی پیدا ہوتی ہے۔ ماں کے شکلی عضلات جتنے زیادہ چست ہوتے ہیں، اتنا ہی سر کی خفیف بسط کردگی واضح ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ چنانچہ آکسیٹوپوسٹیریئر (ذاتی عقبی) وضعوں میں سر کی ناممل خمیدگی سب سے زیادہ عام پرچی گریوڈا (اولین مسامہ عورتوں) میں ہوتی ہے۔

(ب) ہریان (Herman) نے بتایا ہے کہ جب آکسیٹ سامنے، اور پوسٹریئر سوچر (sagittal suture = سہمی درز) پیلووس (حوض) کے ایک ترچھے قطر میں ہوتا ہے تو سر کا سب سے بڑا عرضی قطر یعنی بانی پرائسل (جسدارینی) دوسرے ترچھے قطر میں ہوتا ہے۔ مگر جب آکسیٹ (قذال) کسی ایک ترچھے قطر کے عقبی حصہ میں مقیم ہوتی ہے، تو یہ بانی پرائسل (جسدارینی) قطر دوسرے ترچھے قطر میں نہیں، بلکہ ایک زیادہ چھوٹے قطر میں ہوتا ہے کہ جس میں پرائٹری آف وی سیلکرم (عجز کا طیف) خلل انداز ہوتی ہے۔ اگر سر کو پیلووس (حوض) میں اس وضع میں دبایا جائے اور سر بڑایا پیلووس (حوض) چھوٹا ہوا، تو بانی پرائسل (جسدارینی) قطر کے اترنے میں رکاوٹ ہوتی ہے، اور سر کا اگلا حصہ آکسیٹ (قذال) کی نسبت زیادہ آسانی سے اترتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر پیلووس (حوض) میں ناممل طور پر خمیدہ داخل ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر مبرم (گرا) کے اوپر ہو، تو ممکن ہے کہ بسط کردگی بڑھتی جائے حتیٰ کہ قطر منقہ چہرہ پیدا ہو جائے۔ لیکن جب سر پیلووس (حوض) میں ناممل طور پر خمیدہ داخل ہو چکے، تو مزید بسط کردگی نامکن ہے، کیونکہ اس سے سر کو پیلووس (حوض) میں اور بھی زیادہ بڑے قطر میں آنا پڑے گا، جو کہ پیلووس (حوض) کے غظام کی حمایت کی وجہ سے نہیں ہونے پاتا۔

اگر خمیدگی ناممل ہو، تو بجائے سب آکسیٹو فرانتل (suboccipito-frontal) زیر قذالی (جہی) قطر کے جوہم ایچ ہوتا ہے، یا بجائے سب آکسیٹو بریٹھاٹک (sub-occipito-bregmatic) زیر قذالی (سیائی) قطر کے جوہم ۳ ایچ ہوتا ہے، سر کے آکسیٹو فرانتل (قذالی جہی) قطر کو پیلووس (حوض) میں سے گزنا پڑتا ہے جو کہ ۴ ایچ ہوتا ہے، نیز آکسیٹ (قذال) یا پیشانی کافی طور سے آگے نہیں ہوتے کہ تدویر کو متناثر کر سکیں۔ یہ دونوں چیزیں اس امر کی توجیہ کرتی ہیں کہ کیوں آکسیٹوپوسٹیریئر (قذالی عقبی) وضعوں کی

بعض مثالوں میں وضع حمل دشوار اور طویل ہوتا ہے (دیکھو تصویر ۵ ب)۔
 میکائینیت ان آکسیٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں جن میں نامکمل
 خمیدگی ہو۔ جب سر پیلوک فلور (فرش حوض) پر نیچے دبتا ہے، تو سر کا سب سے زبردست حصہ
 آکسیٹ (قذال) نہیں ہوتی، کیونکہ اس صورت میں وہ اتنی نیچے نہیں اترتی کہ جتنی مکمل
 خمیدگی ہونے کی صورت میں وہ اترتی ہے۔

اس صورت میں پیشانی بھی اتنی ہی نیچے ہوتی ہے جتنی کہ آکسیٹ (قذال) اور چونکہ
 یہ پیلوس (حوض) کے ترچھے قطر کے اگلے حصہ پر ہوتی ہے لہذا یہ پیلوک فلور (فرش حوض) کی
 مزاحمت سے آکسیٹ (قذال) کی نسبت پہلے دوچار ہوتی ہے۔ چنانچہ پیشانی سامنے پیو بک
 آج (محراب عانہ) کے نیچے خالی جگہ میں چلی جاتی ہے، اور دائرہ کا ایک حصہ تدویر کرتی ہے،
 اور آکسیٹ (قذال) ایک چھوٹی سی تدویر کر کے عقبی جانب سیکرم (عجز) کے گڑھے میں
 چلی جاتی ہے۔ طالب علم کے لئے یہ سمجھنا ضروری ہے کہ آکسیٹ (قذال) کیوں گردش
 کر کے سیکرم (عجز) کے گڑھے میں چلی جاتی ہے۔ آکسیٹ (قذال) محض اس وجہ سے پیچھے
 جاتی ہے کہ پیشانی سامنے چلی جاتی ہے، لہذا اندرونی تدویریں ضروری حصہ پیشانی ہی کا
 ہوتا ہے کیونکہ وہ آکسیٹ (قذال) سے نیچے ہوتی ہے، اور اس لئے پیلوک فلور (فرش حوض)
 کی مزاحمت سے پہلے دوچار ہوتی ہے۔ اس کے بعد ناک کی جڑ سمفنز پیو بکس (ارتفاق عانہ)
 کی پشت پر مثبت ہو جاتی ہے۔ اگر سر طبعی جامت کا ہو، تو وہ حرب ذیل طریقہ پر تولد ہوگا،
 گردن کی گدی کے بجائے جیسا کہ طبعی صورتوں میں ہوتا ہے، ناک کی جڑ نقطہ مثبت بن جاتی
 ہے، اور اس کے گرد سر گھومتا ہے۔ پیلوک فلور (فرش حوض) سر کو آگے ڈھکیلتا ہے جو کہ
 خمیدگی کی حرکت کے ذریعہ سر تولد ہوتا ہے، پہلے ورٹلس (قمہ) اور اس کے بعد آکسیٹ
 (قذال) باہر آتی ہے۔ جیسے ہی کہ آکسیٹ (قذال) پرینیم (عجان) کے نیچے سے نکل آتی
 ہے، سر بسط کردہ ہو جاتا ہے، پھر پیشانی، چہرہ اور ٹھڈی، پیو بک آج (محراب عانہ)
 کے نیچے سے نکلتے ہیں۔ ولول (فرجی) دہنہ، سب آکسیٹو فرائنٹل (زیر قذالی جہی) قطر
 کی بجائے آکسیٹو فرائنٹل (قذالی جہی) قطر سے متناہے، چنانچہ پرینیم (عجان) کا شدید
 انشقاق پیدا ہونے کا احتمال ہے۔

بعض صورتوں میں سر کی وضع ترچھی رہتی ہے، کیونکہ آکسیٹ (قذال) یا پیشانی

اتنے بیش پیش نہیں ہوتے کہ تدویر کو متاثر کر سکیں۔ ایسی صورتوں میں کوئی اقدام نہیں واقع ہوتا، یعنی سر اور آگے نہیں اترتا، سنا وقتیکہ کوئی اعانت نہ کی جائے۔ اگر پیشانی کی تدویر سے کی جانب اور آکسیپٹ (قذال) کی پیچھے کی جانب جیسا کہ اوپر بیان ہوئی ہے واقع ہو جی جائے، لیکن سر بڑا اور سخت ہونے کی وجہ سے کافی انضیاع واقع نہ ہو، یا پریسکوس (مضہ) طبعی جسامت سے زیادہ چھوٹا ہو، تو ممکن ہے کہ سر طبعی طاقتوں سے تولد نہ ہو سکے (دیکھو صفحہ

بابست و ہشتم

وضع حمل کا انصرام

وضع حمل کے انصرام کے متعلق پہلا اصول یہ ہے کہ قبالت کار کو جیسے ہی بلایا جائے اس کو فوراً جانا چاہئے۔ ممکن ہے کہ اس کی موجودگی چند گھنٹوں تک غیر ضروری ہو مگر اس بات کا بھروسہ کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ فوراً پہنچنے پر ممکن ہے وہ یہ حالتیں پائے، میلہ پٹیشن (تطریق ناقص)، کارڈ (جمل) کی تطریق یا پرولیپس (سقوط)، ایک پری ایکلیمپٹک (پیش انشاجی) مرحلہ یا اگر اس نے زچہ کو پہلی بار دیکھا ہے تو ایک کانٹریکٹڈ پیسوس (منقبض حوض)۔ جتنا زیادہ جلد یہ کیفیات تشخیص کی جائیں اتنا ہی زیادہ کامیابی کے ساتھ اور آسانی سے ان کا تدارک کیا جاسکتا ہے۔ اگر زچہ کچھ مقدرت رکھتی ہو تو دایہ جب ذیل چیزیں مہیا کرنے کا انتظام کرتی ہے، ایٹنی سپیکر، عفونت کش، اشیاء عقیم شدہ اور آئل (overall = بلا پوش) قبالتی چادر، روئی کے پجارے اور روئی، قاسطیہ، مقیاس الحارث، ناخنوں کا برش، آلہ نطول، حقنہ دینے کی پچکاری، میکینٹاش (Mackintosh) کی چادر اور کارڈ (جمل) کے لئے عقیم شدہ بندشیں۔ زیادہ غریب طبقہ میں جانا ہو تو قبالت کار کو چاہئے کہ مذکورہ بالا جملہ چیزیں یا ان میں سے اکثر چیزیں اور ان کے ساتھ اپنے رب کے دستخانے، قبالتی کلاب، سوئیاں، سوزن گیر، فیغی، کیٹ گٹ (catgut) اور سلک ورم گٹ (silkworm gut) کی دوختیں اور زیر جلدی پچکاری اپنے ساتھ لیتا جائے۔

او یہ جن کی ضرورت پیش آئے گا سب سے زیادہ امکان ہے یہ ہیں، افیون کا کوئی مرکب، کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) کپشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract) - خلاصہ تخامیہ (اور ارگٹ (ergot) -

مردم عفو منتہا۔ اگر حاملہ عورت کا قبل الولادت رکھ رکھاؤ اچھی طرح انجام دیا گیا ہو تو قبالت کار کو اس امر کے متعلق کوئی سخت تشویش نہ کرنی چاہئے کہ وضع حمل کا مہابی کے ساتھ ختم ہو گا۔ ماں کے لئے سب سے بڑا خطرہ تناسلی خطہ کی سرایت زدگی ہے جس کے لئے نہایت محتاطا پیش بندیاں کرنی چاہئیں۔ ایک عقیم جینہ، دستائے، اور ایک نقاب پہننا چاہئے۔ ویجاٹل (مصلی) امتحان سے حتی الامکان مجتنب رہنا چاہئے۔ اگر سروکس (عقن) کا درجہ اتساع پایہ امر کہ برتھ قنال (ولادتی قنال) میں سر کہاں تک نیچے اترے در یافت کریں ضرورت ہو تو براہ ریکم (مستقیم) بالکل آسانی سے امتحان کیا جاسکتا ہے جبکہ سروکس (عقن) تک عضویات لے آجائے گا خطرہ دور ہو جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے کوئی یرانا دتنا رکھا جاتا ہے جس کو اس لئے بڑا جاتا ہے تاکہ انگلی کے غلیظ ہونے کا اندیشہ جاتا رہے۔

بستر کی ترتیب۔ وضع حمل اور زمانہ نفاس میں مریضہ کے لئے ایک دوسرے پلنگ کی نسبت ایک رکھیر پلنگ زیادہ سہولت دہ ہوتا ہے۔ میکناش (blackintosh) کی دو چادریں مہیا کرنا چاہئیں جن میں سے ایک چادر تو شوک پر بچھائی جاتی ہو اور اس چادر پر ایک کمبل بچھایا جاتا ہے۔ دوسری چادر پلنگ کے داہنی جانب اس طرح ترتیب دی جاتی ہے کہ یہ پہلی چادر کے اوپر ہوتی ہے اور کنارے پر سے اس طرح سے لٹکی ہوئی ہوتی ہے کہ ایک فٹ ہاتھ (footbath = مغسل یا) یا گندے پانی کی بالٹی میں مسیلت ہوتی ہے۔ اگر پلنگ بیچ میں سے ڈھیلا ہو، تو بشرط امکان تو ٹرک کے نیچے ایک فریکچر بورڈ (fracture board = کسری تختہ) یا ایک میز کا تختہ رکھنا چاہئے، ورنہ خون اور لاکر امینائی (رصل) بکشتش ثقل بہ کر پلنگ کے وسط میں چلے جانے کا رجحان رکھیں گے اور ایک غیر ضروری الجھن پیدا کر دیں گے۔ اگر مریضہ کے مقدور میں ہو تو اوپر کے میکناش پر صاف جاذب روئی کی ایک بڑی گدی رکھنا چاہئے اور جتنی بار ضرورت ہو اتنی مرتبہ اسے بدلنا چاہئے۔

زچہ کا لباس۔ بہترین لباس 'نائٹ گون' (nightgown) شب خوابی کا گون (پٹی کوٹ (pettycoat) چھوٹا کوٹ) اور ڈریسنگ گون (dressing-gown)

ہے۔ دوسرے اور تیسرے مرحلوں کے درمیان نائٹ گون (شب خوانی کا گون) کو اوپر بغل تک لے جا کر اپنیں (pins) لگا دی جاتی ہیں تب سے وہ صاف رہتا اور آلودگی سے بچا رہتا ہے۔ ولوا (فرج) رانوں اور سہینوں کو عقیم تو بیوں سے ڈھا کنا چاہئے۔

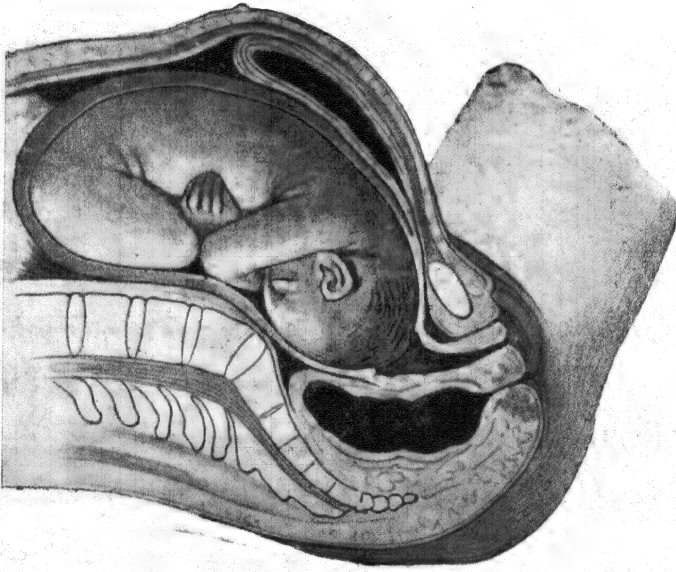
شملی جس اور استماع کے ذریعہ سے یہ امر تشخیص کیا جاتا ہے کہ قطر بقی اور وضع کیا ہو اور آیا قطر بقی حصہ پیلوس (حوض) کی برم (گلر) میں داخل ہو چکا ہے یا هنوز اس کے اوپر ہے اگر قطر بقی حصہ اب تک پیلوک برم (حوضی گلر) میں نہ داخل ہوا ہو تو یہ دریافت کرنے کی کوشش کرنا چاہئے کہ آیا وہ داخل بھی کیا جاسکتا ہے کہ نہیں۔ اگر نکار نکار کے پاس اتنا وقت نہیں ہے کہ وہ زچہ کے پاس غیر معینہ طور پر پھیرا رہے تو وہ ویجائنل (مہلی) یا ریکٹل (مستقی) امتحان کرتا ہے یہ دریافت کرنے کے لئے کہ آس (فم رحم) کی کیا جاست ہے۔ اس کے بعد وہ اس امر کی بناء پر کہ وجہ اتساع کیا ہے دروں کی قوت اور تو اثر کتنا ہے اور اغشیہ کی پھیلی ابھی شق ہوئی کہ نہیں یہ فیصلہ کرتا ہے کہ آیا اس کا پھیرنا ضروری ہے یا وہ زچہ کو کچھ عرصہ کے لئے بلا خوف و خطر تنہا چھوڑ سکتا ہے۔

ایک طالب علم کب کچھ مدت کے لئے علیحدہ ہو سکتا ہے بغیر اس کے کہ کوئی خطرہ ہو اس کے معلوم کر لینے کے لئے تجربہ کی ضرورت ہے نیز مراعات کو اپنی خصوصیات کی بنا پر جانچنا ضروری ہے۔ اگر ایک پرمی پیرا (اولین زچہ) میں آس (فم رحم) نصف درجہ سے زیادہ تسخ نہ ہو اور امانت میں کوئی غیر معمولی خصوصیات نہوں تو طالب علم کچھ وقت کے لئے جسا سکتا ہے۔ لیکن ایک ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچہ) کی صورت میں اس مرحلہ پر چھوڑکے جانا خلاف سے خالی نہیں ہوتا۔ زچہ کی سلامتی اور ڈاکٹر کی نیک نامی کے مد نظر یہ بہت بہتر ہے کہ وہ چند گھنٹے غیر ضروری طور پر پھیر جائے نسبت اس کے کہ جب بچہ پیدا ہو تو وہ غائب ہو۔ اگر زچہ مضطرب الحال (nervous) ہو بالخصوص جب کہ پہلا وضع حمل ہو تو ڈاکٹر کو تمام وقت اسی کے کمرہ میں نہ پھیرنا چاہئے بلکہ کہیں نزدیک ٹھہرے رہنا چاہئے۔

سببھی مرحلہ کا انصرام۔ صابن اور پانی کا ایک حقہ دینا چاہئے اور اگر اس سے زچہ کو صاف دیا بہت نہ ہو تو ارٹھی کے تیل کی ایک اونس خوراک دینی چاہئے۔ زچہ ایک گرم غسل لے سکتی ہے اس کے بعد بیرونی اعضا ستاسلی اور گرد و پیش کی جلد کو اچھی طرح صاف کیا جاتا ہے اور بالوں کو دور کر دیا جاتا ہے۔

پہلے مرحلہ کا انصرام

اگر سب کچھ طبعی پایا جائے تو زچہ سے کہہ دینا چاہئے کہ سب معاملہ درست طور پر ہو رہا ہے۔ بالعموم اسے یہ سننے سے بہت تسلی ہو جاتی ہے کہ ہر چیز ٹھیک ٹھاک ہے۔ وضع حمل کی غالب مدت کے متعلق صرف مبہم پیشگوئیاں کرنا چاہئے۔ کئی کے مجبور کرنے پر اس سے کچھ زیادہ کہہ دینا ایک غیر عاقلانہ فعل ہوگا۔



تصویر ۸۱ - وضع حمل میں شانہ بھرا ہوا ہے۔

جب ہاتھ کو شکم پر اوپر سے نیچے کو پھیرا جاتا ہے تو ایک حید محسوس ہوتا ہے جو کہ تشخیصی غلطی کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے۔

اگر ورٹکس (قمہ) تقریبی کر رہا ہو اور آکیپٹ (قذال) سامنے ہو تو زچہ کو پلنگ پر لیٹے رہنے کی کوئی ضرورت نہیں بلکہ اُس کے چلنے پھرنے اور بشرط ضرورت کرسی یا صوفے پر آرام کرنے میں ایک واضح فائدہ ہے۔ لائنگرائمنٹائی (رحل) اور جنین کا وزن

سروس (عنت) کے اتساع میں مدد دیتا ہے اور یوٹریوٹر ائن سلیکٹ (رحم کے قطعہ اسفل) اور سروس (عنت) پر دباؤ کا پڑنا رحم میں انقباض کی پہنچ کرتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں عموماً زچہ کو کسی رتی کا احساس نہیں ہوتا لہذا اگر اسے چلتے پھرتے رہنے کی اجازت دی جائے تو گمان غالب ہے کہ وہ اتنی پست ہمت، خوف زدہ اور چڑچڑی نہ ہوگی اور اعانت اور رفع تکلیف کے لئے اتنا غل نہ چجائے گی جتنا کہ وہ اس وقت چجائے گی جبکہ وہ لٹائی رکھی جائے بخلاف اس کے اگر وٹکس (قہ) تیسری یا چوتھی وضع میں ہو یا کوئی میبلر نیش (قطر بن ناقص) ہو تو پہلے مرحلہ میں زچہ کو پٹنگ پر لٹائے رکھنا چاہئے تاکہ اعشبیہ کے جلد شق ہونے کا امکان کم ہو جائے۔ وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں در و عموماً بہت شدید نہیں ہوتا، گو پر پی پیرا (اولین لاؤ عورت) میں سروس (عنت) کا اتساع شروع ہوتے وقت یہ ممکن ہے کہ در و چھٹی ناقصی تکلیف یا قے کا باعث ہو۔ اس مرحلہ میں اس سے کچھ فائدہ نہیں کہ عورت سے حرق کرنے کے لئے کہا جائے جیسا کہ اکثر دایا میں کہا کرتی ہیں۔ جب تک کہ اس (فہم رحم) مکمل یا تقریباً مکمل طور پر تسع نہ ہو جائے حرق کرنا بے سود ہے بلکہ ایسی بے سود کوششوں سے زچہ کی قوت اور ہمت خرچ ہو جاتی ہے۔ بہت سی عورتوں کو درد کے دوران میں ان کی پیٹھ کا زیرین حصہ دبانے یا ملنے سے آرام اور سکون کا احساس ہوتا ہے۔

اس مرحلہ میں عموماً بار بار پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے۔ اگر مثانہ پُر ہو جائے اور مریضہ اسے خالی نہ کر سکے، تو ایک نرم قاسا طیر ڈالنا چاہئے کیونکہ ایک پُر مثانہ رتی انقباضات پر اتنا غمی اثر رکھتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں مریضہ کو ہلکی غذا کھانے کے لئے کہنا چاہئے اور اگر وہ تھک جائے اور نیند محسوس کرے تو آرام کرنے کی ترغیب دینا چاہئے۔

دوسرے مرحلہ کا انصرام

دوسرے مرحلہ میں زچہ کو بستر میں آرام کرنا چاہئے۔ اس ملک میں اکثر عورتیں بائیں جانبی یا ریم (Sim) کی وضع میں جتنی ہیں، مریضہ کے گھریں جہاں زائد امداد حاصل نہ ہو سکتی ہو غالباً یہی سب سے سہولت و وضع ہوگی۔ ماسپٹلی مذاولت میں بعض طیب مریضہ کو

پشت کے بل رکھ کر جنواتے ہیں اور یہ ادعا کرتے ہیں کہ اس وضع میں ایک زیادہ کامل عدم عفونی میلنک (طرز عمل) قائم رکھا جاسکتا ہے، لیکن تا وقتیکہ کثرت سے امداد حاصل نہ ہو اس وضع میں سسہ کی ولادت پر اقدار رکھنا آسان نہیں ہے۔ یہ ایک عمدہ مداخلت ہے کہ جب تک کہ سر ویجائسل (مہبل) سوراخ کو پھیلا رہا ہے، مریضہ کو کہا جائے کہ وہ اپنے پیروں کو پلنگ کے ڈنڈوں پر سہارا دے رکھے اور ایک تولیہ کو جو کسی مثبت نقطہ سے بندھا ہوا کھینچتی رہے۔ اسے ترغیب دینا چاہئے کہ وہ دروں کے دوران میں اپنی سانس روکے اور حرق کرے۔ اگر زچہ کو اسی وقت دیکھا جائے جبکہ دوسرے مرحلہ کا آغاز ہو گیا ہو تو اس کے زیرین شکم کو بغور جس کرنا چاہئے اور اگر مثانہ متند دیا یا جائے تو قاسطیر ڈالنا چاہئے۔ اگر مریلیوس (حوض) کو معمور کر رہا ہو، تو مثانہ بہت زیادہ اوپر اٹھا ہوا پایا جائے گا چنانچہ قبل اس کے کہ پیشاب نکلنا شروع ہو، قاسطیر کو معمول سے بہت زیادہ داخل کرنا پڑے گا۔ ممکن ہے کہ ایک دستانہ پوش انگلی ویجائنا (مہبل) میں داخل کر کے قاسطیر کی نوک کی رہنمائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ سیلولائڈ (celluloid) یا برکات قاسطیر استعمال کرنا چاہئے، شیشہ کا قاسطیر کبھی نہیں استعمال کرنا چاہئے۔

پرنیم (عجان) کی تہمت - وضع حمل کے جملہ واقعات میں یہ احتیاط کرنا چاہئے کہ ولوا (فرج) کی کوئی غیر ضروری دریدگی نہ واقع ہو۔ اگر دریں زور دار ہیں اور معاملہ تمام و کمال قدرت پر چھوڑ دیا گیا ہے تو سر کی ولادت میں پرنیم (عجان) کی اچھی خاصی دریدگی واقع ہونے کا امکان ہے۔ پرنی پیرا (اولین زچہ) عورت میں فورسٹ (قید الشفرین) کی دریدگی بعض اوقات ایک ”ناگزیر دریدگی“ کہلاتی ہے لیکن یہ بھی قطعی طور پر ناگزیر نہیں ہے۔ پرنیم (عجان) کی دریدگی بالعموم عقبی ویجائسل (مہبل) و یوار میں شروع ہوتی ہے اور یہ باور کرنا مشکل ہے کہ پرنیم (عجان) کی جلد پر چپنی اشیا یا کمیدات لگانا یا پرنیم (عجان) کو قبالت کار کا ہاتھ کے ذریعہ ”سہارا دینا“ ایک دریدگی کو روکنے میں کوئی اچھا اثر رکھ سکتا ہے۔

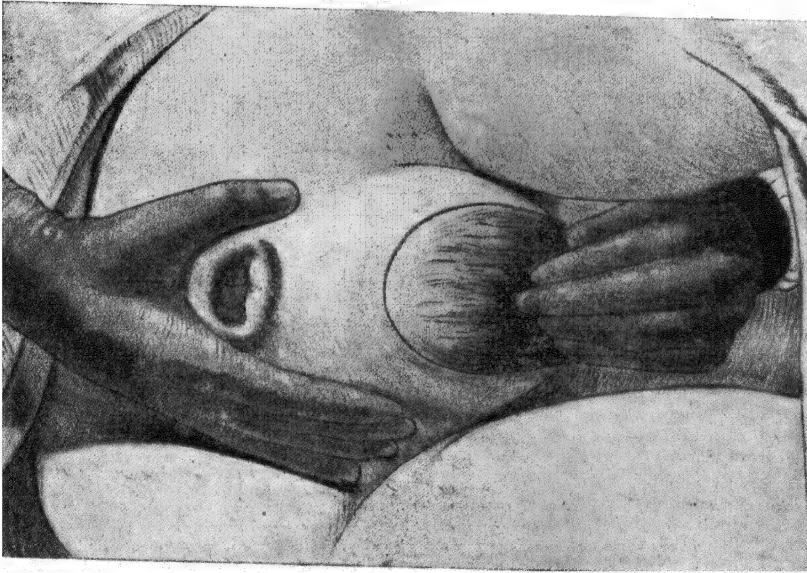
سر کی اصل ولادت کے انصرام کو حسب ذیل عنوانات کے تحت مختصراً بیان کیا

جاسکتا ہے :-

۱۔ سر کو بہت جلد نہ تولد ہونے دو۔

۲۔ سر کو خمیدہ رکھو حتیٰ کہ آکسیپٹ (قذال) پیوبک آپج (محراب غانہ) کے نیچے سے نکل جائے۔
 ۳۔ اگر ممکن ہو تو سر کو در و کی انتہا میں نہ تولد ہوئے دو۔

جیسے ہی کہ سر و لوا (فرج) پر ظاہر ہونا شروع ہو، یہ ضروری ہو کہ اگرچہ اپنی اخراجی دروں میں اپنے پیروں کو پلنگ کے ڈنڈے پر دباتی رہی ہے تو اب اس کے پیروں کو اس سے ہٹا دیا جائے اور اگر وہ تولیہ کو گھسیٹتی رہی ہے تو تولیہ بھی ہٹا لیا جائے۔ زچہ کو ہدایت کرنا چاہئے کہ وہ اپنے سانس کو نہ روکے بلکہ اگر وہ چیخنا چاہے تو چیخے۔ جب سر و لوا (فرج) کو تنہا شروع کرتا ہے تو کلور و فارم دینا چاہئے خواہ یہ پہلے نہ بھی دیا گیا ہو۔ عدم حیت کو ٹرھایا جاتا ہے یہاں تک کہ بچہ کی ولادت کے وقت مریضہ بے ہوش ہوتی ہے۔ عدم حیت کے استعمال سے نہ صرف مریضہ شدید درد سے بچ جاتی ہے بلکہ حزن سے پریشیم (عجان) کے شفقوی



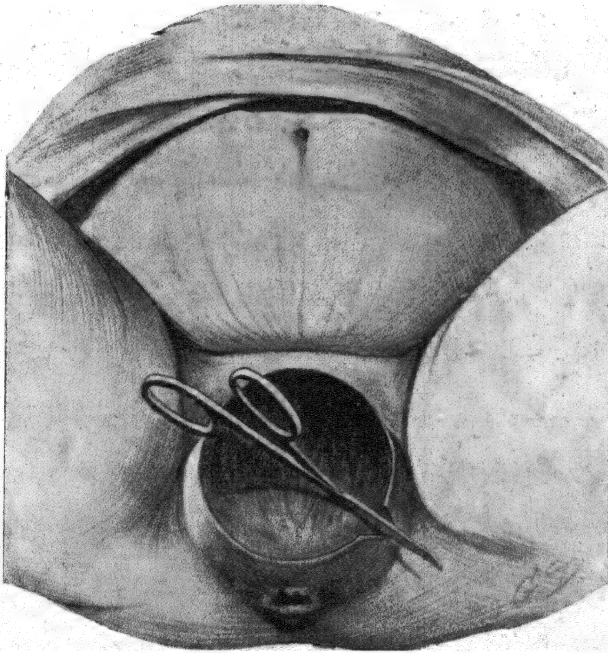
تصویر ۸۲۔ پریشیم (عجان) کی نگہداشت۔
 بایاں ہاتھ، سر کے فوری اخراج کو روکتا ہے اور وائس ہاتھ کی انگلیاں اور انگوٹھا
 مینڈ کے دونوں طرف دباؤ ڈال کر آہستہ آہستہ سر کو آگے کی جانب پھیل رہے ہیں۔ یہ دباؤ دو
 دروں کے درمیان وقفہ میں ڈالا جاتا ہے۔ بغرض مصاحبت تولد نہیں دکھائے گئے۔

ہوئے کا خطرہ بھی کم ہو جاتا ہے۔ قبالت کا رزچہ کے پیروں کی طرف منہ کر کے پلنگ کے ایک جانب بیٹھتا ہے اور اگر پریمنیم (عجان) خطرناک حد تک تن رہا ہو تو آکسیپٹ (قذال) کو بھیچتا ہے۔ اس وقت جبکہ وہ اپنی انگلیوں سے آکسیپٹ (قذال) کو کھینچتا ہے تو ساتھ ہی ساتھ پیشانی کو اپنے انگوٹھے سے اوپر کی جانب دباتا ہے۔ نیز اگر آکسیپٹ (قذال) بہت جلدی آگے جانے کا کوئی رجحان ظاہر کرے تو وہ اس کو آگے جانے سے روکتا ہے۔ اگر قبل اس کے کہ آکسیپٹ (قذال) پیوبک آرج (محراب عانی) کے نیچے سے آزاد ہو سر بسط ہونا شروع ہو جائے اور بانی پیرائل (جدارینی) قطر و یجائل اوٹ لیٹ (مہلبی مخرج) سے گزرنا شروع ہو جائے، تو تب آکسیٹو فرائل (زیر قذالی جہبی) قطر سے زیادہ بڑا قطر و لوا (فج) کو متدکرتا ہے اور ایک دریدگی واقع ہوتی ہے۔ پریمنیم (عجان) کو ہاتھ سے دبانے چاہئے کیونکہ ایسا کرنے سے رحم اور شکی عضلات میں زیادہ زور و آرماسی کی تحریک ہوتی ہے۔ جب ویجائل (مہلبی) دہنہ خوب اچھی طرح سے تن چکا ہو، جیسا کہ کرونگ (crowning = ظہور قمہ) سے ظاہر ہوتا ہے، تو سر کو تبدریج اور آہستگی کے ساتھ نکلنے دیا جاتا ہے اور جیسے ہی کہ یہ باہر نکلتا ہے بسط کر دگی واقع ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کرونگ (ظہور قمہ) واقع ہو چکا ہے اس امر کی کوئی ضمانت نہیں ہے کہ اگر سر دفعتاً خارج ہو جائے تو رزچہ پریمنیم (عجان) کے انشقاق سے بچی رہے گی لہذا سر سے اخراج سے بچنا ضروری ہے۔ حتی الامکان در دوں کے درمیان سر کو تولد کرنا مناسب ہے۔ جیسے ہی کہ ایک در و زائل ہو قبالت کار کو چاہئے کہ وہ دونوں طرف اسکیلٹیو برائٹیز (در کی حدیموں) کے قریب اور مریز سے ۱/۲ انچ دور ایک طرف انگوٹھا اور دوسری طرف انگلیاں رکھ کر مادی بافتوں کے توسط سے سر کے اگلے حصہ کو پکڑے اور آہستہ سے سر کو آگے کی جانب دبائے۔ ساتھ ہی ساتھ اگر ضرورت ہو تو رزچہ کو زور لگانے کی تاکید کرنا چاہئے۔ اگر ایک در شروع ہو جائے تو اس سے پھر کہنا چاہئے کہ زور نہ لگائے اور دوسرے ہاتھ سے منکشف شدہ ورکس (قمہ) کو دبانا چاہئے کہ اس کا مزید تقدم رک جائے۔ بالعموم اس طرح سے سر کو بلا طفت نکالا جاسکتا ہے اور مادی بافتوں کی نہایت کم دریدگی واقع ہوتی ہے۔ (تصویر ۸۲)۔

قبالت کار کا ماں کی کل قوت کے مقابلہ میں کہ جس کو وہ پلنگ کے ڈنڈے پر پیر کر رکھ کر موثر بنا تی ہے، سر کو روکنے کی کوشش کرنا بالکل بے سود ہے۔ سر کو آگے کی جانب زیادہ زور سے

دبانہ، ممکن ہے ولوا (فرج) کے اگلے حصہ کی مسرت کا باعث ہو، اور یوریتھرا (مجرى البول) کو مسفرز پیو بس (ارتفاق عانہ) پر کوفتہ کر دے، بلکہ شاید اس سے کلیٹورس (clitoris = بظر) کے ارد گرد کی عروتی بانٹوں سے شدید نرف واقع ہو جائے۔ اُن اصابتوں میں جن میں پیرینیٹیم (عجان) کی دریدگی واقع ہوئے بغیر سر نکل آیا ہو، ممکن ہے کہ شانوں کی ولادت میں ایک چاک واقع ہو جائے (دیکھو صفحہ 290)۔

(اپسیاٹومی = شفرہ شکافی) - نیشیل باڈی (perineal body = عجانی جسم) میں ایک جانبی شکاف دینے کی مداولت اس غرض سے کہ ایک عمیق وسطی چاک کو روکا جائے، ایک ایسی مداولت ہے کہ جس کا مشورہ صرف خاص صورتوں میں دیا جاسکتا ہے (تصویر ۸۳)۔



تصویر ۸۳ - اپسیاٹومی (شفرہ شکافی)۔
قیچی سے ایک شکاف جب ضرورت پڑا دیا گیا ہے، اس کے بعد قیچی کو ہٹا لینا چاہئے۔

دوسری جلد کے ختم کے بعد عقبی دیجاتل (مہلی) دیوار اور پرینیم (عجان) کا ہمیشہ بغور امتحان کرنا چاہئے اور ہر وہ دریدگی جو خفیف سے متجاوز ہو اس کی ٹانگوں سے مرمت کرنا چاہئے۔ یہ امتحان صرف اُن طرح کیا جاسکتا ہے کہ اس وقت جب کہ زچہ چیت لیٹی ہو شغرتین کو اچھی روشنی میں جُدا کیا جائے۔ یہ اتنا قابلِ مذمت نہیں کہ ایک چاک واقع ہوئے دیا جائے کہ جتنا یہ ہے کہ اس کو نظر انداز کر دیا جائے۔

جیسے ہی کہ چہرہ ظاہر ہو اور قبل اس کے کہ آنکھیں کھلیں، پیوٹوں اور ان کے گرد پیش کی جلد کو خشک رونی سے اور اس کے بعد عفونت کش محلول جیسے $\frac{1}{10}$ پر کلورائیڈ آف مرکری (perchloride of mercury) سے بچا دینا چاہئے۔ ایسا بائیں ہاتھ سے کرنا چاہئے، اور دہنے ہاتھ سے وکس (قلم) کو پکڑے رہنا چاہئے، ورنہ ممکن ہے کہ ایک شدید دروشانوں کو دفعۃً دلو (فوج) کے اندر سے نکال دے اور غیر ضروری دریدگی پیدا کرے۔ جیسے ہی کہ سرو تولد ہو، دیجاتل (مہلی) کے اندر ایک انگلی داخل کرنا چاہئے، یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا کارڈ (جبل) کا کوئی چیز تو گردن کے گرد نہیں ہے۔ اگر ہو تو اس چیز کو سر کے اوپر کھسکا دینا چاہئے یا اگر اوپر کھسکایا جائے تو شانوں پر کھسکا دینا چاہئے۔ اگر چیز کسی طرف نہ کھسکائی جاسکے، تو کارڈ (جبل) پر دو شربانی کلابوں کے ذریعہ شکنجہ لگا کر گھور میان میں کاٹ دینا چاہئے۔

بایاں ہاتھ اب ماں کے شکم پر کہ جو ایک عقیقہ تولد سے ڈھکا ہوتا ہے رکھنا چاہئے اور جیسے جیسے باقی ماندہ بچہ تولد ہو، اس ہاتھ کو فٹس (قعر) کے ساتھ ساتھ نیچے لانا چاہئے۔ سر کی ولادت کے بعد شانے عموماً بسرعت تولد ہو جاتے ہیں، اور پچھلے شانے سے اگلا شہ نہ پیلے پیدا ہوتا ہے۔ شانوں کی ولادت کے دوران میں پرینیم (عجان) کی بغور نگرانی کرنا چاہئے، بالخصوص اگر سر کی وجہ سے وہ پہلے ہی خفیف سا چاک ہو گیا ہو۔

باقی کا جسم جلدی سے شانوں کی پیروی کرتا ہے، واپس ہاتھ آگے کی جانب اس کی رہائی کرتا جاتا ہے اور اسے الینک پر لٹاتا جاتا ہے، جبکہ بایاں ہاتھ رحم کا نیچے کی طرف تعاقب کرتا ہے۔

بچہ کا منہ اور نتھنے ہلکے سے پونچھے جاتے ہیں اور اگر بچہ فوراً سانس نہ لے یا فوراً

نہ روئے تو ڈاکٹر اسے پھونکے مار کر یا سر پر زور بر ملے۔ یہ تھپس مار کر ہیجان میں لاتا ہے۔ اگر کچھ پھر بھی نہ روئے تو اس کا اس طرح علاج کرنا چاہئے جس طرح صفحہ 593 پر بتایا گیا ہے۔

شافوں کی تخریج۔ اگر سر کی ولادت کے بعد شائے نیچے نہ اتریں تو ماں کو حرق کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ اگر شائے پھر بھی حرکت نہ کرے اور بچہ کا چہرہ نیلا ہو رہا ہو تو اُن کی ولادت میں ضرور اعانت کرنا چاہئے۔ بعض اوقات انتہائی عذری ہو جاتا ہے کہ ایک انگلی داخل کر کے اطمینان کر لیا جائے کہ شائے تھپس کیے انگلی پچھلے قطر پر ہیں۔ اگر شائے اگلے پچھلے قطر میں نہ کھینچے ہوں تو اُن کو ابھی دباؤ سے کھینچا جائے۔ اگر شافوں کی تدویر مکمل ہونے کے بعد پھر بھی تاخیر ہو تو تین طریقے ہیں جو اختیار کیے جاسکتے ہیں :-

۱۔ فنڈس (قعر) پر ہاتھ رکھ کر اوپر سے ڈھکیلنا۔

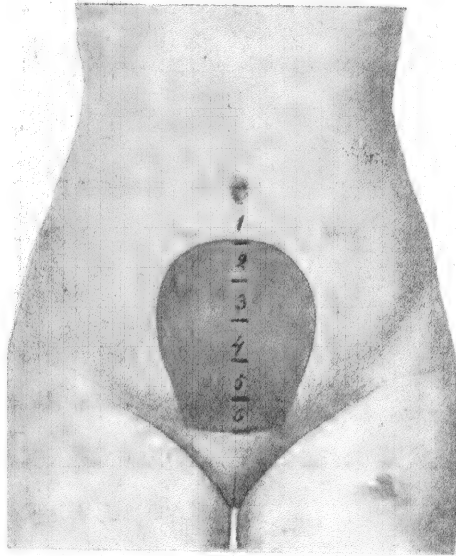
۲۔ سر کو گھسیٹنا۔

۳۔ انگلی بغل کو کھینچنی۔

ان میں سے کوئی ایک طریقہ کامیاب ہو سکتا ہے لیکن زیادہ قوت استعمال کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ پہلے طریقہ سے پر نیم (عجان) کے شق ہونے، دوسرے طریقہ سے سرو ایکل (عنقی) اعصاب یا سٹرنو میسٹائڈ (sterno-mastoid = قصی حلی) عضلہ کو مضرت پہنچنے اور تیسرے طریقہ سے کلیوئیکل (ترقوہ) کے کمسور ہونے کا امکان ہے۔ بہترین یہ ہے کہ ان تینوں طریقوں کو یکجا کر دیا جائے جب کہ بہت کم قوت استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ گردن کو ہلکے سے پیچھے کی طرف دیا جاتا ہے تاکہ بغل میں سے ایک انگلی گزاری جاسکے۔ لازم ہے کہ انگلی کا سرا بغل کے اندر دباؤ نہ ڈالنے بلکہ بغل کے پرے چلا جائے تاکہ انگلی کی درمیانی پور سے دباؤ ڈالا جائے۔ پھر اس انگلی سے آہستہ آہستہ جڑ کیا جاتا ہے اور دوسرا ہاتھ سر کو کھینچتا ہے چنانچہ شافوں کو اس طرح تخریج کر لیا جاتا ہے کہ آگے کی طرف ایک ہلکا کھینچاؤ عمل میں لایا جاتا ہے جو کہ جزوی طور پر سر پر ہوتا ہے اور جزوی طور پر بغل میں اور دایہ ساتھ ہی ساتھ فنڈس (قعر) پر نیچے اور پیچھے کی جانب دباؤ ڈالتی ہے۔

بچے کی غلجی رگی۔ تناؤ فیکلہ بچہ زور شور سے نہ چلایا ہو، کارڈ (جل) کے آخری چند انچوں کے سوا باقی حصہ میں نبضان موقوف نہ ہو چکا ہو اور کارڈ (جل) کی دریدوں میں ہبوط نہ ہو چکا ہو کارڈ (جل) کو نہیں باندھنا چاہئے۔ اگر کارڈ (جل) کو فوراً باندھ دیا جائے تو

بچہ دو یا تین اونس خون سے محروم ہو جاتا ہے جس کو پھیپھڑوں کا پھیلاؤ پلیسٹا (مشیمہ) سے کھینچ لانا تھا۔ چونکہ یہ دو یا تین اونس خون بالغ شخص میں دو یا تین پائنٹ (pint) خون سے متناظر ہوتا ہے، اس لئے ظاہر ہے کہ کارڈ (جبل) باندھنے سے قبل چند منٹ انتظار کر لینا نہایت ضروری ہے۔ کارڈ (جبل) کو ناف سے دو انچ کے فاصلہ پر باندھنا چاہئے، اور ایک ریفناٹ (reef knot = باوبانی گرہ) استعمال کرنی چاہئے، اور یہ خیال رکھنا چاہئے کہ بندش باندھنے کے



تصویر ۴۸ - وضع حمل کا تیسرا مرحلہ۔

یہ تصویر دکھاتی ہے کہ اس وقت جبکہ پلیسٹا (مشیمہ) ابھی رحم کے اندر ہی ہو فوڈل (قعر) کی بلندی کیا ہوتی ہے۔

دوران میں ناف کھینچے نہیں۔ دوسری بندش باندھنا ضروری نہیں ہو [ایلیوینی اوولر (دیک بھنی) تو ام کی صورت میں (دیکھو صفحہ 879)] کیونکہ ماں میں کارڈ (جبل) کی راہ سے کھینچی جریاں خون نہیں ہوتا، صرف کٹے سرے سے جینی خون کے چند ڈرامہ رستے ہیں۔ مگر اس غرض سے کہ بہتر میں یہ خفیف خون بھی نہ آئے، دو بندشیں باندھنے، اور ان کے درمیان میں کاٹنے کا دستور ہے۔

یہ بندشیں عام طور پر دھماکے (packthread) کے تین یا چار ڈوروں پر مشتمل ہوتی ہیں جن کے ہر ایک سرے پر ایک گرہ لگی ہوتی ہے۔ بندشوں کو جوش دینا چاہیے، اور جوش دے ہوئے پانی یا کسی عفونت کش محلول میں اس وقت تک چھوڑ دینا چاہیے تاکہ ان کی ضرورت پڑے۔

تیسرے مرحلہ کا انصرام

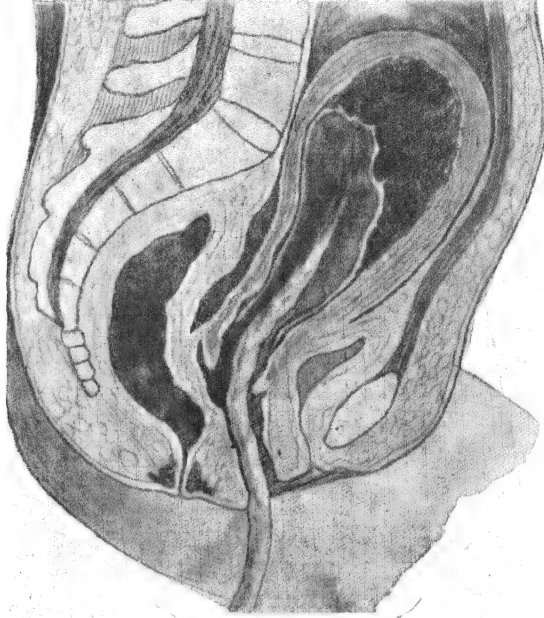
وضع حمل کا تیسرا مرحلہ ایک قدرتی اور فعلیاتی عمل ہے، لہذا قطع نظر اس امر کے کہ وسیع تجربہ رکھنے والے اشخاص کیا کرتے ہیں ایک مبتدی کے لئے یہ دخلت کرنا ایک تہایت غیر عاقلانہ فعل ہوگا، تاہم وقتیکہ نزف واقع نہ ہو رہا ہو۔ رحم میں بزور ہيجان پیدا کرنے سے گمان غالب ہے کہ انقباضات رونما ہوں گے، جو پلینٹا (مشیمہ) کی قبل از وقت جزوی علیحدگی واقع کریں گے، اس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نزف واقع ہوگا یا شاید کوریان (سلی) یا پلینٹا (مشیمہ) کا کوئی حصہ محبوس ہو جائے گا۔

292

طالب علم کو اچھی طرح سمجھ لینا چاہیے کہ اصطلاح اکپریشن آف وی پلینٹا (expression of the placenta = نیشمہ کو دبا کر نکالنا) سے کیا مراد ہے۔ طبعی وضع حمل کے انصرام میں پلینٹا (مشیمہ) کو ویجائنا (مہبل) سے نکالا جاتا ہے نہ کہ رحم سے۔ طبعی حال میں رحم پلینٹا (مشیمہ) کو ویجائنا (مہبل) میں دھکیلتا ہے اور اگر شکمی عضلات پلینٹا (مشیمہ) کے اخراج کی تکمیل نہیں کرتے تو نگرانگار رحم پر دباؤ ڈالکر اسے ویجائنا (مہبل) سے نکالتا ہے۔ یہی ایک طریقہ جو طبعی صورتوں میں پلینٹا (مشیمہ) نکالنے کے لئے جائز ہے۔ اگر پلینٹا (مشیمہ) کو رحم سے دبا کر نکالا جائے تو اندیشہ ہے کہ اس کا کچھ حصہ محبوس نہ رہ جائے۔ ان صورتوں میں جن میں پلینٹا (مشیمہ) کے رحم کو چھوڑنے سے قبل مشیمی مقام سے جریان خون واقع ہو، پلینٹا (مشیمہ) کو رحم سے دبا کر نکالنا ضروری ہو جاتا ہے، مگر یہ طریقہ مذکورہ غیر طبعی صورتوں کے لئے مخصوص ہے (دیکھو صفحہ 493) رحم کو اس وقت جب کہ وہ منقبض ہو رہا ہو ہرگز دبانا نہ چاہیے، کیونکہ ممکن ہے کہ ایسا طرز عمل اس کے ان ویشن (ارتکاس) کا موجب ہو یعنی اندرونی حصہ باہر کی طرف پلٹ جائے۔

تیسرے مرحلہ میں بہترین یہ ہے کہ مریضہ کو چیت لٹا کر رکھا جائے۔ اگر شکمی دیو

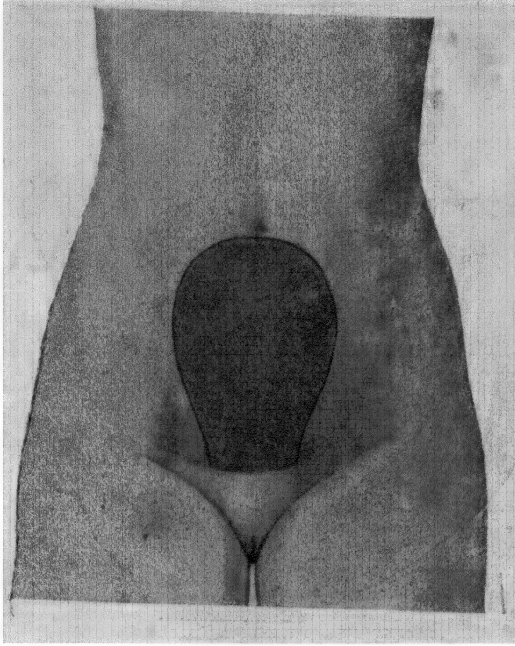
موٹی یا مرتخی ہو تو چیت وضع میں ایک فائدہ یہ ہے کہ جب مریض اس وضع میں ہو تو رحم زیادہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے، یہ نسبت اس صورت کے جب کہ وہ کروٹ سے لیٹی ہوئی ہو۔



تصویر ۸۵ - وضع حمل کا تیسرا مرحلہ -
پلینٹا (میشہ) منور اپنی امسلی جبکہ میں ہے۔

ایک مزید فائدہ یہ ہے کہ چیت وضع میں رحم کے اندر خون کے جمع ہونے کا امکان کم ہوتا ہے۔ فنڈس (قعر) ناف سے تقریباً ایک انچ نیچے پہنچتا ہے۔ رحم مدور محسوس نہ ہونا چاہئے بلکہ اگلے کھیلے طور پر چپٹا محسوس ہونا چاہئے گویا وہ ہاتھ میں جبکہ انگوٹھا سامنے اور انگلیاں پیچھے ہوں بخوبی بیٹھتا ہو۔ بایاں ہاتھ اس طرح شکم پر رکھنا چاہئے کہ انگوٹھا آسمان کی طرف ہو اور ہتھیلی زچہ کے پیروں کی جانب رخ رکھتی ہو۔ پھر ہاتھ کا الٹرا (ulnar = زندگی) کنارہ شکم میں کھسایا جاتا ہے جس سے رحم کا فنڈس (قعر) ہاتھ کے نشیب میں آجاتا ہے اور کوئی تندر ہو تو فوراً معلوم ہو جاتا ہے۔ رحم کو اس طریقہ پر گرفت کرنے سے کلائی نظر انداز نہیں ہو سکتی لہذا رحم کو ہیجان میں لانے کی بالکل ضرورت نہیں تا وقتیکہ اس سے جریان خون نہ ہو۔

اگر خون بہہ رہا ہے تو وہ دکھائی دے گا، اگر خون رحم میں رُک جائے تو رحم جسامت میں بڑھ جاتا ہے۔ اگر طالب علم کو خود اپنی قوت مشاہدہ پر اعتماد نہیں تو وہ وقتاً فوقتاً آہستہ سے فنڈس (قعر) کو



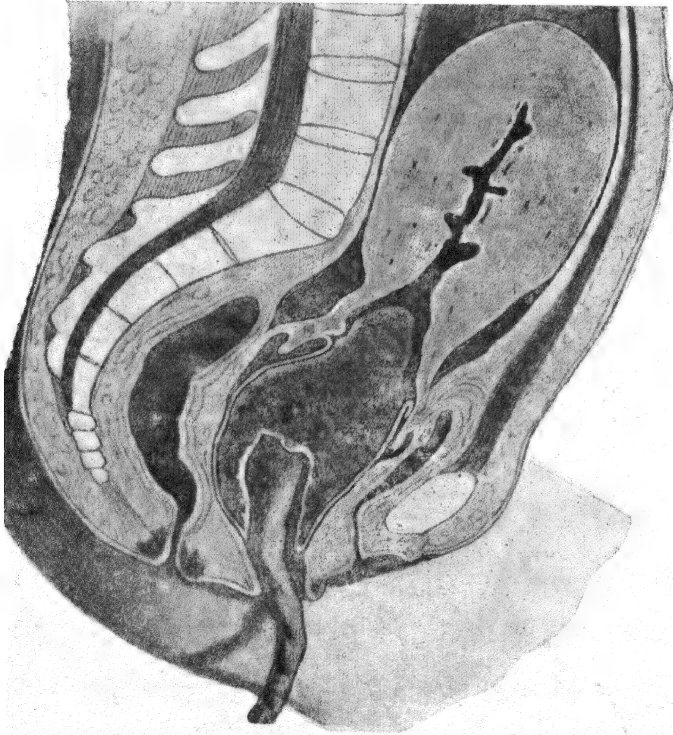
تصویر ۸۶ - وضع حمل کا تیسرا درجہ -

یہ تصویر فنڈس (قعر) کی بلندی ظاہر کرتی ہے جبکہ رحم پلینٹا (میشیم) پر لٹکا ہوا ہو۔ (تصویر ۸۴ سے مقابلہ کرو)

نیچے کی جانب دبا سکتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ تقاطع خون سے زیادہ کچھ نہیں۔ اگر طالب علم کے ہاتھ کے نیچے رحم زیادہ بڑا ہو جائے تو اسے چاہئے کہ رحم کو اپنی انگلیوں کے سروں سے بہ آہستگی بیجان میں لائے۔ چند منٹ کے بعد عام طور سے رحم پھر منقبض ہونا شروع ہوتا ہے اور تھوڑی ہی دیر میں پلینٹا (میشیم) ویجاٹا (مہبل) میں خارج ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات جبکہ زچہ پلینٹا (میشیم) کو ارادی طور پر خارج کرنے کی کوشش کرتی ہے تو یہ بستر پر خارج ہو جاتا ہے (تصویر ۸۴ اور ۸۵)۔

امارات جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ پلینٹا (میشمہ) ویجائنا (مہیل) میں خارج ہو چکا ہے

۱۔ کارڈ (جبل) نیچے سرک جاتا ہے۔ یہ امارت سب سے زیادہ اعتماد کے قابل اس وقت ہے جب کہ کارڈ (جبل) کے ڈھیلے حصہ کو ویجائنا (مہیل) سے باہر کھینچ لیا گیا ہو اور کارڈ



تصویر ۸۷۔ وضع عمل کا تیسرا درجہ۔

پلینٹا (میشمہ) ویجائنا (مہیل) میں خارج کر دیا گیا ہے اور رحم جو کہ پلینٹا (میشمہ) پر ٹکا ہوا ہے اس سے زیادہ بلند لیون تک اٹھ گیا ہے کہ جتنا تصویر ۸۶ میں دکھایا گیا ہے۔

(جبل) پر ولوا (فرج) کے قریب کر کے گرہ لگا دی گئی ہو۔ اگر معاملہ مشکوک ہو تو فندس (قصر) کو آہستگی سے نیچے ڈھکیلا جاتا ہے کہ جس سے کارڈ (جبل) کی زائد لمبائی باہر نکل آتی ہے۔ اگر فندس (قصر) کو پھر بلند ہوئے ویسا جاسے اور یہ زائد لمبائی واپس نہ جائے تو سمجھنا چاہئے کہ پلینٹا (مشیمہ) جدا ہو گیا ہے۔

۲۔ رحم بلند ہو جاتا ہے اور زیادہ چھوٹا نہ یا وہ مدور اور زیادہ متحرک محسوس ہوتا ہے۔ یہ اب پلینٹا (مشیمہ) پڑکا ہوتا ہے اس لئے اس کا فندس (قصر) ناف کے لیول تک یا ٹھیک اس کے اوپر تک پہنچتا ہے۔ نیز رحم بحیثیت مجموعی زیادہ آسانی سے گرفت کیا جاسکتا ہے اور یہ زیادہ مدور ہوتا ہے اور فندس (قصر) اس قسم کا کنارہ لکھو چکا ہوتا ہے جو کہ اس میں اکثر اوقات اس وقت پایا جاتا ہے جبکہ پلینٹا (مشیمہ) ہنوز رحم کے اندر ہوتا ہے (تصور ۸۶ اور ۸۷)۔

۳۔ اس وقت جب کہ پلینٹا (مشیمہ) رحم کو چھوڑتا ہے اکثر اوقات خون کا ذرا سا اندفاق ہوتا ہے۔ اس سے یہ نہیں ثابت ہوتا کہ پلینٹا (مشیمہ) ویجاٹنا (جبل) میں آگیا ہے، البتہ اگر پہلے کوئی جریان خون نہ ہوا ہو تو غالباً یہ ظاہر کرتا ہے کہ پلینٹا (مشیمہ) نکل آنے کے لئے تیار ہے۔

اگر زچہ حرق کر کے پلینٹا (مشیمہ) کو خارج کرنے کے قابل نہ ہو، تو یہی وقت ہے جبکہ اس کو ”با کر نکالنا چاہئے“ قبالت کار اپنے بائیں ہاتھ سے رحم کو کپڑا تھامے اور اگر رحم منقبض نہ ہو رہا ہو تو اپنی انگلیوں کے سروں سے اسے ہجان میں لا کر منقبض ہونے پر مجبور کرتا ہے۔ پھر منقبض شدہ رحم کو مشمولات مہل کے لئے طارد کے طور پر استعمال کرتے ہوئے پہلے اسے زیرین اور خفی جانب دباتا ہے اور پھر تناسلی قنال کے نخعی کا تعاقب کرتے ہوئے باؤ کا رخ کیچے اور لگے فرنی خارج کی طرف کرتا ہے جو ہی پلینٹا (مشیمہ) ولوا (فرج) سے باہر آتا ہے، قبالت کار اس کو دانے ہاتھ میں لے لیتا اور آہستگی کے ساتھ ماں کے پاس سے ہٹا لیتا ہے۔ اگر تیسرا مرحلہ قدرت پر چھوڑ دیا گیا ہو، تو پلینٹا (مشیمہ) کے بعد عام طور سے غضب بھی باہر پھیل آتے ہیں۔ لیکن اگر پلینٹا (مشیمہ) پر آہستہ تر کرنے سے بھی وہ باہر نہ نکلیں، تو انھیں انگوٹھے اور انگلی کے درمیان پکڑنا چاہئے اور بہت آہستگی سے کھینچنا چاہئے۔ اس سے وہ حصے جو کہ سب سے آخر میں الگ ہوتے ہیں باہر پھیل آتے ہیں۔ بایاں ہاتھ ہنوز رحم پر رکھے رہنا چاہئے حتیٰ کہ یہ یقین

کیا جاسکتا۔

297

پلینٹا (مشیمہ) کی مادی سطح کی حالت کے متعلق اطمینان کر چکنے کے بعد نظر انکار اغشیہ کا معائنہ شروع کرتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ ان کی ایک تھیلی بن جائے جو قطع نظر اس سوراخ کے جس میں سے بچہ گزرا ہے، مکمل ہو۔ ایمینان (انفس) اور کوریان (سلی) کو بہ آہستگی ایک دوسرے سے جدا کرنا چاہئے اور ہر ایک کا جداگانہ طور پر معائنہ کرنا چاہئے۔ عام طور سے جب تک کہ پلینٹا (مشیمہ) کی کورتک نہ پہنچ جائیں ان کو جدا کرنے میں کچھ جھپٹا کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن ایمینان (انفس) ٹھیک کارڈ (جبل) کی انتہا تک باسانی پلینٹا (مشیمہ) سے جدا کیا جاسکتا ہے۔

ایمینان (انفس) ایک لوجدار و بیز اور نیم شفاف غشاء ہے۔ اس کے کسی حصہ کے احتباس کا احتمال نہیں ہوتا کیونکہ وہ رحم سے چکا ہوا نہیں ہوتا۔ بخلاف اس کے کوریان (سلی) ڈسٹووا (غشاء ساقط) سے چسپی ہوئی ہوتی ہے اور اس لئے اس کے حصوں کا پیچھے رہ جانا غیر عام نہیں ہے۔ یہ ضروری ہے کہ اس کی ایک تھیلی بن جائے جو پلینٹا (مشیمہ) کی کور کے چاروں طرف چسپی ہوئی ہو۔ اگر کوریان (سلی) کا کوئی حصہ غائب ہو تو بغور امتحان کرنا چاہئے یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا غشاء اس نقطہ پر محض پھٹ گئی ہے یا آیا اس کا کچھ الگ ہو کر رحم میں محبوس ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ دیکھا جائے کہ پلینٹا (مشیمہ) سے ایک دموی عرق نکل کر کوریان (سلی) کے اوپر چلی گئی ہے اور تھوڑی دور آگے بڑھ کر پھر پلینٹا (مشیمہ) میں واپس آئی ہے۔ ایسی عرق ایک ابرہٹ ویسل (aberrant vessel = خاطی عرق) کہلاتی ہے اور اس کی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔

اس سے زیادہ اہم حالت وہ ہے جس میں دو دموی عروق، یعنی ایک شریان اور ایک وید پلینٹا (مشیمہ) کی کور سے نکلتے ہیں اور پلینٹل (مشیمہ) بافت کے ایک علیحدہ جزیرہ کو جاتے ہیں جس کو سکیٹورٹ پلینٹا (succenturiate placenta = اضافی مشیمہ) کہتے ہیں۔ اگر سکیٹورٹ پلینٹا (اضافی مشیمہ) اصل مشیمہ کے ساتھ ساتھ ہی نکل آئے تو صاف طور سے معلوم ہو جاتا ہے لیکن اگر وہ محبوس ہو گیا ہے تو ضروری ہے کہ اس کے متناظر کوریان (سلی) میں ایک سوراخ پایا جائے اور سوراخ کی کور پر دو چاک شدہ عروق پائے جائیں۔ سکیٹورٹ پلینٹا (اضافی مشیمہ) بہت عام نہیں ہیں، لیکن پلینٹا (مشیمہ) کے

معائنہ میں یہ کبھی نہ فراموش کرنا چاہئے کہ ان کے وقوع کا امکان ہے، اگر لیے پروائی کے ساتھ معائنہ کیا گیا تو یہ معلوم نہ ہو سکے گا کہ پلینٹیل (مشی) بافت کا ایسا جزیرہ پیچھے چھوٹ گیا ہے۔ پلینٹا پر یو یا (مشیر) متقدم، کی مثالوں کے ساتھ سکیٹورسٹ پلینٹیل (اضافی مشیر)، نہایت عام نظر پر پائے جاتے ہیں۔

جب کوریان (سلی) ایمینان (نفس) سے جدا کی جاتی ہے، تو یہ خستہ اور غیر شفا پائی جاتی ہے۔ اس کی رحمی سطح پر نرم سرخی مال بافت، یعنی ڈسڈوا (غٹ، ساقط) کے ریزے دیکھے جاتے ہیں۔ باعتبار معائنہ کیوں ضروری ہوا کرتا ہے کہ اگر پلینٹا (مشیہ) کا کوئی ٹکڑا رحم میں محبوس ہو جائے تو وہ پوسٹ پارٹم، میمرج (بعد الولادت) نرف، پیدا کر سکتا ہے، اگر وہ بعد میں زندہ رہے تو رحم کا سب انوو لیوشن (subinvolution = زیر تحش) اور جریان خون واقع کرتا ہے، اور اگر مردہ اور سرایت زدہ ہو گیا تو پینٹک (septic = عفونی) نسیم پیدا کرتا ہے۔

کوریان (سلی) کے ایک ٹکڑے کا محبوس ہو جانا۔ اگر کوریان (سلی) کا صرف ایک چھوٹا ٹکڑا محبوس ہو تو غالباً وہ تو کیا کے ساتھ خارج ہو جائے گا اور کوئی تکلیف نہیں پیدا کرے گا۔ لیکن اگر کوریان (سلی) کا ایک بڑا حصہ محبوس پایا جائے، تو دو انگلیاں و سبائٹا (مہبل) میں داخل کرنے سے معلوم ہو جائے گا کہ آیا وہ سر و کس (عققی) سے باہر لٹک رہا ہے کہ نہیں۔ اگر لٹک رہا ہو تو اس کو علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ تمام و کمال رحم کے اندر ہو تو سب سے زیادہ سلامتی اسی میں ہے کہ اسے باقی بچھڑ دیا جائے (دیکھو صفحہ 502)۔

پرینیئم (perineum = عجان) کا معائنہ۔ ولول اوٹ لیٹ (فرجی تحشج) کا بغور معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں دریدگیاں تو نہیں ہیں۔ پیورپریم (نفاس) کے دوران میں یہ دریدگیاں خطرہ کا موجب ہوتی ہیں اور جذب کرنے والی سطحیں مہیا کرتی ہیں، اس لئے اگر خفیف دریدگی سے زیادہ کچھ ہو تو اسے سی دینا چاہئے۔ یہ کافی نہیں ہے کہ پریمینیل باڈی (perineal body = عجان جسم) کی جلدی سطح کا معائنہ کر لیا جائے، بلکہ لبیا (labia = شفرتین) کو جدا کرنا چاہئے اور عققی و سبائٹل (مہبل) دیوار کے زیرین حصہ کا معائنہ کرنا چاہئے۔ پرینیئم (عجان) کے جملہ انشعاقات کے لئے احتیاط سے ٹانگے لگانے کی ضرورت ہوتی ہے جو کہ صفحہ 457 پر بیان کئے گئے ہیں۔

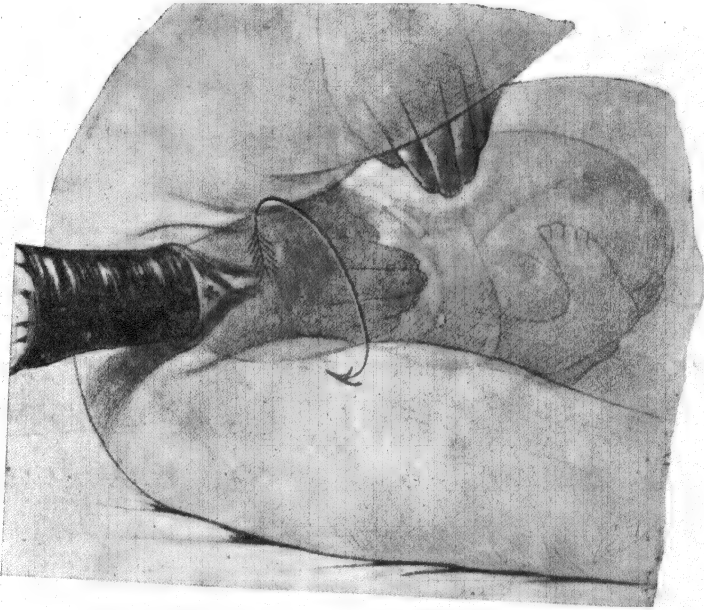
و سچاٹا (ہبل) اور ولوا (فرج) کی ورید گلیاں زیادہ جریان خون شاذ و نادر ہی پیدا کرتی ہیں۔ البتہ جب وہ کلائیٹورس (clitoris = بظر) یا ویرینی کوس (دو والی نما) وریدوں کے گروہ کی بافتوں کو بہتلا کرتی ہوں تو شدید جریان خون ہو سکتا ہے۔

یہ لازمی تو نہیں لیکن اچھا معمول ہے کہ پلیمینٹا (مشیہ) کی ولادت کے بعد رحم کے انقباض اور باز کشیدگی میں مدد دینے کے لئے، کلوڈ ایکٹریکٹ آف ارگٹ (liquid extract of ergot = مانع خلاصہ ارگٹ) کی ایک فی سپون فل خوراک ایک ان گلاسل (wineglassful) پانی میں دی جائے، یا ارگٹن (ergotin) کا زیر طبعی اشرب دیا جائے۔

آکسیٹوپوسٹیر (فڈالی عقبی) وضع کی ان صابتوں کا انصرام جنہیں نامکمل خمیدگی ہو

آکسیٹوپوسٹیر (فڈالی عقبی) وضع کی تشخیص وضع حمل کے شروع میں شکمی حس کے ذریعہ بلا کسی دشواری کے کی جاسکتی ہے۔ اغشیہ کے جلد مشقوق ہو جانے سے پتہ چلتا ہے کہ خمیدگی نامکمل ہے۔ سر کی خمیدگی یا بسط کردگی پیدا کرنے میں رحم کے ترچھے پن کو بھی کچھ دخل ہے لہذا اس سے کچھ فائدہ ہوتا ہے کہ زچہ کو ایک کروٹ سے لٹایا جائے کہ جس سے جنین کی پشت اوپر کو ہو جائے یعنی وٹکس (قمہ) کی تیسری وضع کے لئے اُسے بائیں کروٹ سے اور چوتھی وضع کے لئے دائیں کروٹ سے لیٹنا چاہئے۔ فائدہ اسی صورت میں ہو سکتا ہے کہ یہ وضع وضع حمل کے بہت شروع میں اختیار کی جائے یعنی ایسے وقت جبکہ نامکمل خمیدگی شاذ و نادر شخص ہوتی ہے۔ وضع حمل میں بعد کو ویجاٹل (ہبل) امتحان لے کیٹوپوسٹیر (فڈالی عقبی) وضع عموماً آسانی تشخیص کجی ہے اور یہ امر کہ خمیدگی نامکمل ہے اس طرح شناخت کی جانی ہے کہ اگلا فونٹیل (=fontanelle) یا فوخ) نیچے کر کے واقع ہوتا اور بہت آسانی سے محسوس ہوتا ہے۔ لیکن بعض صورتوں میں جبکہ سر کو اچھی دروں کے باوجود پیلوک کیوٹی (کہفہ حوض) میں بہت تاخیر ہو جائے تو تشخیص دشوار ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شکمی حس ناقابل اطمینان ہو، اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ لاکر ائمینیائی

(رصل) کی زیادہ مقدار بہہ چکی ہوتی ہے، وجہ زور کر رہی ہوتی ہے، اور رحم کے کانٹریکشنز (انقباضات) کثیر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ویجائٹل (ہسلی) استمان ناقابل اطمینان ہو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کیپٹ سیکڈیم (caput succedaneum = مایا) سے اور ہڈیوں کے تلے اوپر ہونے کی وجہ سے سوچسوز (sutures = درزیں)، اور فونٹینلز (fontanelles = یا فونٹات) چھپ جاتے ہیں۔ ان حالات میں عام دستور جو کہ بہت براہ طور ہے



تصویر ۹۰۔ موالب (R. O. P.) وضع میں بچہ کی دوستی تیز

دایاں ہاتھ پلوک (حوضی) دیوار اور سر کے درمیان گھسایا جاتا ہے اور سر کو گھماتا ہے۔
دایاں ہاتھ شکم پر رکھا ہوتا ہے اور بائیں شاذ کو آگے کی جانب اور بائیں جانب
دب کر جسم کو گھماتا ہے۔ معمولی استعمال کے لئے یہ بہترین طریقہ ہے۔

یہ ہے کہ فارسیز (forceps = کلاب) لگایا جاتا ہے، اور بہت زور سے کھینچا جاتا ہے۔ اس
فارسیز (کلاب) کے پھسل جانے کا امکان ہے جس سے جنینی سر اور مادی بافتوں کو کم و بیش

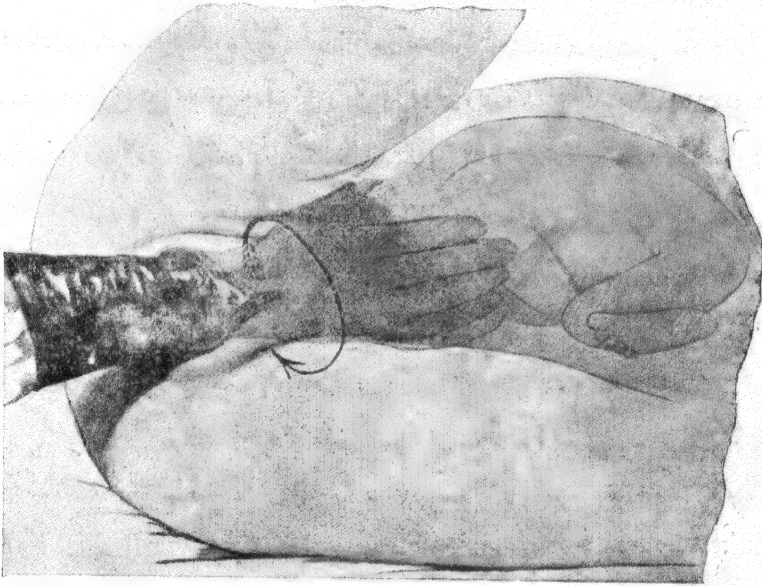
نقصان پہنچا ہے، لہذا آماؤتیک ایکسٹرنکشن فارپئر (axis traction forceps) = محوری
 جر کا کلاب) نہ استعمال ہو، سر کی ولادت میں پرینیم (عجان) کی شدید درجہ کی دریدگی پیدا
 ہونے کا امکان ہے۔ وضع حمل میں تاخیر کا سبب معلوم کرنے کے لئے ایک غائر امتحان کرنا
 چاہئے۔ اگر ایک کان محسوس ہو تو اس کے آزاد کنارے کا رخ آکسیپٹ (occiput = قذال)
 کی جانب ہوگا، اور یہ ظاہر کرے گا کہ آکسیپٹ (قذال) گھوم کر سیکرم (عجز) کے نشیب میں چلا
 گیا ہے۔ اگر قبالت کار کو اس میں شبہ ہو کہ آکسیپٹ (قذال) کی وضع کیا ہے تو اسے چاہئے کہ
 ان شیبلیک (معدم حس) دے اور کل ہاتھ ویجاٹنا (ہسل) میں داخل کرے۔ اس کو یہ ثابت
 کرنا دشوار نہ ہو گا کہ آکسیپٹ (قذال) پیچھے ہے، کیونکہ گدی اور سرو ایکل ریٹری (cervical
 = vertebrae = عنقی فقرات) کے پامنس پر و سسر (spinous processes = شوکی زوائد)
 یقینی طور پر محسوس ہوں گے۔ پھر وہ شناخت کرے گا کہ تاخیر کی وجہ یہ ہے کہ سر کی ناقص
 خمیدگی کی نتیجہ طور پر آکسیپٹ (قذال) ٹھیک طور سے نہیں گھوما۔ ان اصابتوں میں یہ دریا
 کرنا اکثر اوقات ایک مشکل معاملہ ہوتا ہے کہ مداخلت کے لئے کونسا وقت مناسب ہے۔
 جب تک کہ دروں کے ساتھ سر آگے بڑھتا جاتا ہو تب تک زچہ کو قدرت پر چھوڑا جاسکتا
 ہے۔ لیکن جب اچھی دروں کے باوجود کوئی مزید تقدم نہ معلوم ہو تو مداخلت کی ضرورت
 ہوتی ہے۔ بدیہی طور پر تصوری علاج یہ ہے:—

۱۔ سر کو خمیدہ کرنا۔

۲۔ آکسیپٹ (قذال) کی اعانت کرنا کہ یہ آگے کی جانب تدویر کرے۔
 سر کی خمیدگی۔ سر کو بار بار خمیدہ کرنے کی کوششیں ناپسندیدہ ہیں، کیونکہ اس میں
 ویجاٹنا (ہسل) کے اندر بار بار انگلیاں داخل کرنا پڑتی ہیں جس سے سپس (sepsis =
 عفونت) کا خطرہ بڑھتا ہے۔

سر کو اس طرح خمیدہ کیا جاتا ہے کہ دروں کے دوران میں پیشانی کو اوپر کی جانب
 ڈھکیلا جاتا ہے۔ اگر پیشانی اوپر ڈھکیلی جاسکتی ہو تو آکسیپٹ (قذال) نیچے آئے گا اور
 پیلوس (حوض) میں آکسیٹوفرانٹل (قذالی جہی) قطر کے بجائے سب آکسیٹوفرانٹل (تحت
 قذالی جہی) قطر مرتب ہو جائے گا۔ سر کو خمیدہ کرنے کی کوششیں بے ضرر ہوتی ہیں، الا اس

اس طریقہ پر جس طریقہ پر اوپر بیان ہوا ہے، لیکن یہ کوششیں اکثر ناکام ثابت ہوتی ہیں۔



تصویر ۹۔ مواظب (L. O. P.) وضع میں لٹرٹائون کی

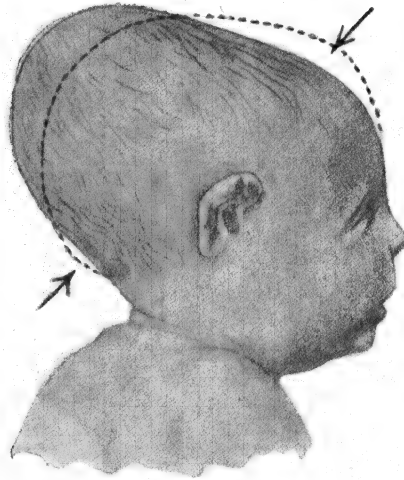
دستی تدویر۔

تدویر کرنے سے قبل سر کو پیلوک کیوٹی (حوضی کہف) میں سے اوپر دھکیل دیا گیا ہے۔
بتقابلہ اس طریقہ کے جو کہ تصویر ۹۰ میں دکھایا ہے، اس طریقہ میں کیا نقصان ہے
یہ صفحہ 302 پر بتایا گیا ہے۔

اگر سر کامیابی کے ساتھ خمیدہ ہو جائے تو آکیٹ (قذال) قدرتی قوتوں کو سامنے
کی طرف تدویر کر جائے گا۔ اگر خمیدگی کی کوشش ناکام رہے، تو مینوئل روٹیشن (manual
rotation = دستی تدویر) انجام دینا چاہئے۔

مینوئل روٹیشن (manual rotation = دستی تدویر) تیسری وضع میں جبکہ
مربعہ بائیں کروٹ سے لیٹی ہو، واہنا ہاتھ، سر اور پیلووس (حوض) کی واسنی جانب کے درمیان
داخل کرنا چاہئے۔ اس ہاتھ کو دروں کے وقفہ میں جلدی سے گھما کر آگے اور بائیں جانب

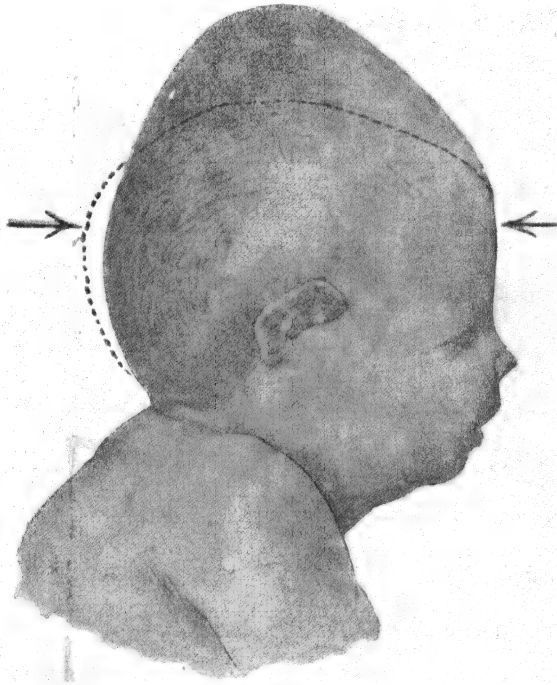
لے جایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ بائیاں ہاتھ، جو کہ ماں کے شکم پر رکھا ہوا ہوتا ہے، شکم کو بھی اُسی جانب دھکا دیتا ہے۔ اگر زچہ چت لیٹی ہوئی ہے تو بہ نسبت اس صورت کے جبکہ وہ کروٹ سے ہو اندرونی ہاتھ زیادہ آسانی سے کام کرتا ہے۔ بہت زیادہ قوت نہ استعمال کرنا چاہئے، ورنہ ممکن ہے کہ لوئر یوٹرائن گینٹ (lower uterine segment = رحم کا قطعہ اسفل) شق ہو جائے۔ اگر زچہ این آبیٹھنگ (معدم حس) کے زیر اثر ہو تو بالعموم یہ مینول روٹیشن (دستی تدویر) دشوار نہیں ہوتی۔ سر کو گھامدینا کافی نہیں ہے، بلکہ



تصویر ۹۲۔ آکسپٹوائیر (occipito-anterior = قذالی مقدی) وضوئیں
سر کا مزلڈنگ (moulding = انضیاع) نقطہ دار خاک ظاہر کرتا ہے کہ لینگ
(انضیاع) سے پہلے سر کی شکل کیا ہوتی ہے۔ سب آکسپٹوائیرٹل (زیر قذالی جی) یا سب آکسپٹوائیرٹل (زیر قذالی سیائی) قطر دیتا ہے اور وٹیکوئیل (قذی) قطر لمبائی میں بڑھ جاتا ہے۔

بیرونی ہاتھ کے ذریعہ شانہ کو ہلا کر جسم کو بھی تدویر کرنا چاہئے، ورنہ سر جلدی اپنی قدیم وضع اختیار کر لے گا اور آکسپٹ (قذال) سیکرم (عجز) کے نشیب میں آجائے گا۔ جب سر

گھما دیا گیا ہو تو اس کی ولادت آسانی سے بذریعہ فارپنز (کلاب) کرائی جاسکتی ہے، یا اس کو قدرتی قوتوں کے ذریعہ سے خارج ہونے کے لئے چھوڑا جاسکتا ہے۔
اگر شکم عقیم تولیہ سے ڈھکا ہوا نہ ہو تو بائیں ہاتھ کو جو کہ شانہ گھمانے کے لئے استعمال کیا گیا ہے پھر صاف کرنے کی ضرورت ہوگی (تصویر ۹۰ اور ۹۱)۔



تصویر ۹۲۔ مواظب آکپیٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں سر کا مولڈنگ (انضیاع)۔

نقطہ دار خط ظاہر کرتا ہے کہ مولڈنگ (انضیاع) کے پہلے سر کی کیا شکل ہوتی ہے۔ آکپیٹو فرانتل قدوب کیا ہے اور اس کے نتیجے میں سر انتصابی سمت میں طویل ہو گیا ہے۔

ریسینوئل روٹیشن (دستی تدویر) بشرطیکہ یہ کامیابی کے ساتھ انجام دی جائے،

فنِ قبالت میں ایک نہایت ہی دلنوش کن علیہ ہے، دیگر متبادل صورتیں یہ ہوتی ہیں کہ فارمیز (کلاب) کے ذریعہ سے بزور کھینچا جائے یا اتنا طول وضع حمل ہوتا ہے کہ طبیعت اکٹا جاتی ہے جبکہ دریدگی تقریباً ناگزیر اور بعض اوقات خوفناک حد تک ہوتی ہے۔ سر کو فارمیز (کلاب) سے کبھی تدویر نہ کرنا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے پر ممکن ہے کہ دونوں پھلوں کی ایک گورنٹریس گھٹس جائے اور غالباً انٹرا کرینیل ہیمرتج (درون جمجمی نزف) کا باعث ہو، اور ان کی دوسری گورنٹریس (مہلی) دیوار کو چیر دے۔ اُن شاذ و نادر صورتوں میں جن میں مینول روٹیشن (دستی تدویر) ناکام رہتی ہے، یہ دیکھا جاتا ہے کہ اگر ایکسنٹریکشن فارمیز (axis traction forceps = محوری تھری کلاب) استعمال کیا جائے تو ڈنڈیوں کو جڑ کرنے پر سر نیچے اترتا آتا اور ساتھ ساتھ تدویر کرتا آتا ہے۔ اس کے بعد فارمیز (کلاب) کو نکال لینا چاہئے اور دوبارہ لگانا چاہئے۔

اگر سر مثبت نہ ہو تو بعض ماہران قبالت اس کو ترجیح دیتے ہیں کہ پہلے اندرونی ہاتھ کے ذریعہ سر کو اپنی جگہ سے ہٹاتے ہیں اور پھر ہاتھ کو اندر داخل کرتے ہیں حتیٰ کہ وہ اگلے شانہ تک پہنچ جاتا ہے اور پھر سر اور شانہ دونوں کو ایک ہی حرکت سے گھماتے ہیں۔ اس طریقہ میں اور زیادہ خطرہ ہے، کیونکہ ہاتھ صرف ویجاٹنا (مہبل) میں ہی نہیں بلکہ رحم میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کا استعمال صرف کامل ایسپیکٹ تکنیک (aseptic technique = عدم عفونی طریقہ) کے ساتھ اور جراحی درجہ کی این اسٹیمپیا (عدم حمیت) کی حالت میں کرنا چاہئے۔

اگر بچہ کے مردہ ہونے میں کوئی شبہ نہ ہو تو صحیح علاج پرفوریشن (perforation = ثقب) ہے، کیونکہ اس طرح ماں کو مینول روٹیشن (دستی تدویر) سے ضرر پہنچنے کا خطرہ رفع ہو جاتا ہے۔ اگر مناسب انصرام کیا جائے تو اس قسم کے خاتمہ کی نہایت شاذ و نادر ضرورت ہوتی ہے۔

ورکس ڈیلوری (vertex delivery = قبی ولادت) میں سر کا مولڈنگ (moulding = انصباغ) آکسیٹوائٹیر (occipito-anterior = قذالی مقدمی) وضعوں میں سب سے زیادہ بھیجاؤ سب آکسیٹوفرائٹل (suboccipito-frontal = زیر قذالی جہمی) قطر برتر ہے چنانچہ یہ قطر گھٹ جاتا ہے اور وہ قطر جو اس سے زاویہ قائمہ رہتا ہے منی وٹرکونٹیل (قبی ذمعی) قطر جمات میں بڑھتا ہے زیریں برے کی شکل میں کوئی تبدیلی نہیں واقع ہو سکتی، لیکن مریالائی اور عقبی سمت میں اتنی تبدیلیاں

غیر ترجیح شدہ آکسیٹوپوسٹیئریر (قذالی عقبی) وضعوں میں سب سے زیادہ بھنجی او
 آکسیٹوفرانٹل (occipito-frontal = قذالی جہمی) قطر میں پڑتا ہے، نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ قطر
 جمامت میں گھٹ جاتا ہے اور سر بالائی جانب کی سمت میں اطالت پذیر ہو جاتا ہے۔ یہ اگلے
 پچھلے پیمائشات میں زیادہ چھوٹا اور انتصابی پیمائشات میں زیادہ طویل ہو جاتا ہے۔ پیشانی ڈھلوا
 اور بلند ہوتی ہے۔ سر کی پشت سیدھی ہوتی ہے اور اس کی معمولی گولائی مفقود ہوتی ہے۔

